



VERTEX
REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

87



CRONICIDAD EN PSIQUIATRÍA

Herbst / Levín / Matusevich / Rossi / Wikinski

Revista de Experiencias Clínicas y Neurociencias / Dossier / El Rescate y la Memoria / Confrontaciones / Señales

Volumen XX - Nº 87 Septiembre - Octubre 2009 - ISSN 0327-6139

Director:
Juan Carlos Stagnaro
Director Asociado para Europa:
Dominique Wintrebert

Comité Científico

ARGENTINA: F. Alvarez, S. Bermann, M. Cetcovich Bakmas, I. Berenstein, R. H. Etchegoyen, O. Gershanik, A. Goldchluk, M. A. Matterazzi, A. Monchablon Espinoza, R. Montenegro, J. Nazar, E. Olivera, J. Pellegrini, D. J. Rapela, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, D. Rabinovich, E. Rodríguez Echandía, L. Salvarezza, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, E. Toro Martínez, I. Vegh, H. Vezzetti, L. M. Zieher, P. Zöpke. **AUSTRIA:** P. Berner. **BÉLGICA:** J. Mendlewicz. **BRASIL:** J. Forbes, J. Mari. **CANADÁ:** B. Dubrovsky. **CHILE:** A. Heerlein, F. Lolas Stepke. **EE.UU.:** R. Alarcón, O. Kernberg, R. A. Muñoz, L. F. Ramírez. **ESPAÑA:** V. Baremblit, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** J. Bergeret, F. Caroli, H. Lôo, P. Noël, J. Postel, S. Resnik, B. Samuel-Lajeunesse, T. Tremine, E. Zarifian. **ITALIA:** F. Rotelli, J. Pérez. **PERÚ:** M. Hernández. **SUECIA:** L. Jacobsson. **URUGUAY:** A. Lista, E. Probst.

Comité Editorial

Martín Agrest, Norberto Aldo Conti, Pablo Gabay, Claudio González, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Santiago Levin, Daniel Matusevich, Alexis Mussa, Martín Nemirovsky, Federico Rebok, Esteban Toro Martínez, Fabián Triskier, Ernesto Wahlberg, Silvia Wikinski.

Corresponsales

CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES: S. B. Carpintero (Hosp. C.T. García); N. Conti (Hosp. J.T. Borda); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); R. Epstein (AP de BA); J. Faccioli (Hosp. Italiano); A. Giménez (A.P.A.); N. Koldobsky (La Plata); A. Mantero (Hosp. Francés); E. Mata (Bahía Blanca); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); L. Millas (Hosp. Rivadavia); G. Onofrio (Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); J. M. Paz (Hosp. Zubizarreta); M. Podruzny (Mar del Plata); H. Reggiani (Hosp. B. Moyano); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); E. Diamanti (Hosp. Español); J. Zirulnik (Hosp. J. Fernández). **CÓRDOBA:** C. Curtó, J. L. Fitó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RÍOS:** J. H. Garcilaso. **JUJUY:** C. Rey Campero; M. Sánchez. **LA PAMPA:** C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera; F. Linares; O. Voloschin. **NEUQUÉN:** E. Stein. **RÍO NEGRO:** D. Jerez. **SALTA:** J. M. Moltrasio. **SAN JUAN:** M. T. Aciar. **SAN LUIS:** J. Portela. **SANTA FE:** M. T. Colovini; J. C. Liotta. **SANTIAGO DEL ESTERO:** R. Costilla. **TUCUMÁN:** A. Fiorio.

Corresponsales en el Exterior

ALEMANIA Y AUSTRIA: A. Woitzuck. **AMÉRICA CENTRAL:** D. Herrera Salinas. **CHILE:** A. San Martín. **CUBA:** L. Artiles Visbal. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **ESPAÑA:** A. Berenstein; M. A. Díaz. **EE.UU.:** G. de Erasquin; R. Hidalgo; P. Pizarro; D. Mirsky; C. Toppelberg (Boston); A. Yaryura Tobías (Nueva York). **FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas. **MÉXICO:** M. Krassoievitch; S. Villaseñor Bayardo. **PARAGUAY:** J. A. Arias. **SUECIA:** U. Penayo. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar. **VENEZUELA:** J. Villasmil.

Objetivo de VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría

El objetivo de la revista VERTEX es difundir los conocimientos actuales en el área de Salud Mental y promover el intercambio y la reflexión acerca de la manera en que dichos conocimientos modifican el corpus teórico en que se basa la práctica clínica de los profesionales de dicho conjunto disciplinario.

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: Nro. 207187 - ISSN 0327-6139

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XX Nro. 87 SEPTIEMBRE-OCTUBRE 2009

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX

* **Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación de Polemos, Sociedad Anónima.**

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin previo consentimiento de su Editor Responsable. Los artículos firmados y las opiniones vertidas en entrevistas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

Informes y correspondencia:

VERTEX, Moreno 1785, piso 5

(1093), Buenos Aires, Argentina

Tel./Fax: 54(11)4383-5291 - 54(11)4382-4181

E-mail: editorial@polemos.com.ar

www.editorialpolemos.com.ar

En Europa: Correspondencia

Informes y Suscripciones

Dominique Wintrebert, 63, Bv. de Picpus,
(75012) París, Francia. Tel.: (33-1) 43.43.82.22

Fax.: (33-1) 43.43.24.64

E.mail: wintreb@easynet.fr

Diseño

Marisa G. Henry
marisaghenny@gmail.com

Impreso en:

Sol Print. Arazo de Lamadrid 1920. Buenos Aires

SUMARIO

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- Patrones culturales de la alcoholización social en estudiantes bonaerenses
Hugo A. Míguez pág. 325
- El futuro de la depresión: una enfermedad sistémica neuroendócrina, inflamatoria y neurodegenerativa compleja
Luiz Dratcu pág. 329
- Epistemología de la época actual y saber psiquiátrico. Las características de la modernidad tardía: post e hiper
Juan Carlos Fantin pág. 342

DOSSIER

CRONICIDAD EN PSIQUIATRÍA

- De la estabilización sintomática a la recuperación funcional en el tratamiento farmacológico de la Esquizofrenia y la Depresión Unipolar
Silvia Wikinski pág. 351
- Avatares de la cronicidad: políticas, instituciones, dispositivos y terapeutas
Gustavo Pablo Rossi pág. 359
- Entrevista a Norberto A. Conti
Santiago Levin pág. 371
- Una hipótesis acerca de la construcción social de la demencia
Daniel Matusevich pág. 379
- El concepto de cronicidad y su impacto en la clínica
Luis Herbst pág. 385

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- Harold Searles: una apuesta a la vida con los esquizofrénicos
Norberto Aldo Conti pág. 394

VERTEX
*Revista Argentina de
Psiquiatría*

Aparición
Bimestral

Indizada en el
acopio bibliográfico
*"Literatura
Latinoamericana en
Ciencias de la
Salud"* (LILACS), SCIELO y
MEDLINE.

Para consultar
listado completo
de números anteriores:
www.editorialpolemos.com.ar

Ilustración de tapa

*Betina Levin
"Espejo del río"
90 cm x 90 cm
Acrílico sobre tela
2009*

E-mail: betinalevin@fibertel.com.ar
www.betinalevin.com

EDITORIAL

E

n la población general la percepción social de la enfermedad mental está sesgada por el desconocimiento y la desinformación, e influye en el aislamiento de las personas que la padecen, poniendo barreras a su recuperación. Esa es la cruda realidad del estigma de la enfermedad mental, sustentado en prejuicios y causante de discriminación social, que se debe combatir por injusta, cruel y por no tener base científica.

Las estadísticas mundiales muestran que una de cada cuatro personas padecerá una enfermedad mental a lo largo de su vida. Los especialistas sabemos que, en la gran mayoría de casos, la superará y en otros, si bien la enfermedad perdura, el paciente, con ayuda de familiares, amistades y profesionales, será capaz de afrontar su situación. En el segundo caso puede tratarse de un proceso largo y doloroso, no sólo por el sufrimiento que impone la patología, sino por la imagen negativa, estigmatizante, que pesa sobre las personas con enfermedad mental. Gran parte del sufrimiento que padecen estas personas tiene su origen en el rechazo, la marginación y el desprecio social que tienen que soportar, y no en la enfermedad en sí misma.

Los medios de comunicación, especialmente con artículos que tratan sobre la enfermedad mental sin tener en cuenta ese fenómeno de exclusión o a través de noticias que ligan los significantes de la locura con crimen y violencia también contribuyen a reflejar y, por ende, mantener esas creencias erróneas en la población general.

Desmantelar el estigma de la conciencia colectiva parece una tarea tan difícil como terminar con las instituciones organizadas bajo una forma manicomial de encierro. Además de las campañas de sensibilización, la atención en la comunidad con servicios sanitarios y sociales de calidad, y sobre todo el contacto directo y en lugares normales de vida con las personas afectadas, parecen ser las estrategias más eficaces para luchar contra el estigma.

Es necesario que nos cuestionemos la visión que poseemos de la enfermedad mental y nuestras actitudes con quienes la padecen. Esta recomendación que todos los especialistas suscribirían para orientar la opinión de los legos ¿Le podría caber a ellos? Aún cuando se considera que los expertos están al abrigo del prejuicio del estigma cabe preguntarse si los psi no tenemos aún múltiples barreras que superar. Hay opiniones que señalan que las mismas concepciones y criterios nosográficos, así como las consideraciones de resistencia a los tratamientos demasiado basados en recursos farmacológicos, deslizan nociones que terminan, por vías indirectas, reforzando la posibilidad de estigmatizar a los portadores de ciertos diagnósticos ¿No es acaso fuente de estigmatización el diagnóstico focalizado en la patología y no a la persona? ¿No está vinculado el estigma con los tratamientos interminables? ¿Cuándo y en base a qué criterios damos un alta? ¿A qué definición operativa de recuperación de la salud adscribimos?

Junto a la necesidad de una mayor y mejor toma de conciencia de la población respecto a las enfermedades mentales y su posible tratamiento, y todas las maniobras de sensibilización en las que deberían colaborar activamente los medios de comunicación, los especialistas deberíamos revisar las concepciones y juicios de valor que orientan, bajo apariencia de opinión basada científicamente, nuestras prácticas y estructuras asistenciales y nuestras herramientas clínicas y terapéuticas ■

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

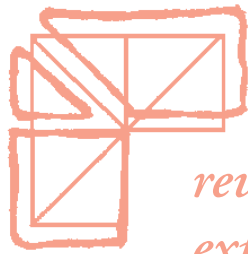
Los artículos que se envíen a la revista deben ajustarse a las normas de publicación que se especifican en el sitio www.editorialpolemos.com.ar

MÉTODO DE ARBITRAJE

Los trabajos enviados a la revista son evaluados de manera independiente por un mínimo de dos árbitros, a los que por otro lado se les da a conocer el nombre del autor. Cuando ambos arbitrajes son coincidentes y documentan la calidad e interés del trabajo para la revista, el trabajo es aceptado. Cuando hay discrepancias entre ambos árbitros, se solicita la opinión de un tercero. Si la opinión de los árbitros los exige, se pueden solicitar modificaciones al manuscrito enviado, en cuyo caso la aceptación definitiva del trabajo está supeditada a la realización de los cambios solicitados. Cuando las discrepancias entre los árbitros resultan irreconciliables, el Director de VERTEX toma la decisión final acerca de la publicación o rechazo del manuscrito.

TEMAS DE LOS DOSSIERS DEL AÑO 2009





revista de
experiencias
clínicas y neurociencias



Patrones culturales de la alcoholización social en estudiantes bonaerenses

Hugo A. Míguez

Doctor en Psicología

Investigador. Carrera del Investigador - CIC-Conicet

Sede Subsecretaría de Atención a las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires

E-mail: miguez@ciudad.com.ar

Introducción

A mediados de la década del 70, en América Latina, el investigador guatemalteco Vinicio González llamó *alcoholización social* al uso de bebidas alcohólicas vinculado al “proceso histórico del desarrollo social” (3) y lo diferenció de la concepción clínica predominante en ese momento. Su planteo retomó a nivel latinoamericano, los desarrollos de una antropología médica iniciada por Juan Marconi y Javier Mariategui en la década del sesenta (7) que profundizaban la hipótesis de Jellinek (6) de una distribución cultural de los modos de beber. De esta forma, se señalaba un acento mayor del papel de las bebidas destiladas “para remediar algo” en las culturas

anglosajonas y se lo diferenciaba de una cultura vitivinícola-mediterránea más cercana a rituales dentro de lo familiar y alimentario.

En la Argentina, la influencia de la inmigración europea fue considerada determinante de esta última forma de beber. Si bien el modelo mediterráneo de beber acompañando la comida con el vino tenía asimismo su costado farmacológico, reconocido como una forma de facilitación social, se diferenció de la ingestión episódica que apuntó, en cambio, a la intoxicación aguda (9). La bebida como *condimento* placentero de la comida en el ceremonial social y familiar argentino, alcanzó en 1966

Resumen

Se estudiaron los patrones o “*patterns*” reales e ideales de consumo de bebidas alcohólicas en fiestas estudiantiles de la Provincia de Buenos Aires, Argentina. La mitad de los estudiantes refirieron consumo frecuente de cerveza en el último año y un 30% con bebidas como vino y destilados. La mitad de las estimaciones hechas por los estudiantes sobre la disponibilidad ideal de bebida alcohólica para un encuentro juvenil superaron los 100 cc. de alcohol absoluto por persona, sin presentarse diferencias significativas según su autoevaluación sobre conocimiento de riesgos por abuso de alcohol.

Palabras clave: Abuso de alcohol - Patrones socioculturales - Adolescentes.

CULTURAL PATTERNS OF SOCIAL ALCOHOL USE IN BUENOS AIRES' STUDENTS (ARGENTINA)

Summary

The turning into an alcoholic state in a group of youngsters at the Province of Buenos Aires in relation to the alcohol consumption and the ideal patterns of availability are focused in an actual youthful celebration. More than half of the students considered amounts of alcohol that surpass 100 cc of absolute alcohol by person in each encounter and with different type of drinks. It was registered the peer pressure for consumption. It was analyzed the social pattern of the consumption in the youthful celebrations as a way of managing a social fitness on the base of altering the field of the emotions with base in the alcohol abuse.

Key words: Alcohol abuse - Patterns - Adolescents.

un per cápita de 80 litros de vino y, aún cuando era presentada "entre los mayores productores y consumidores de vino del mundo", se caracterizaba también a su población por una cultura de fuerte rechazo a la ebriedad (14). La historia de los últimos 30 años mostró el cambio de estos patrones de consumo y abuso de alcohol. El uso del vino, ligado culturalmente a la inmigración italiana y española que llegó desde mediados del siglo XIX hasta mediados del siglo XX, retrocedió de 80.15 lt/hab/año en 1966 (14) a 32,4 lt/hab/año en 2003. Mientras que las cervezas aumentaron en el mismo período de 9,49 lt/hab/año en 1966 a 36 lt/hab/año, en 2003.

La comparación de datos epidemiológicos disponibles, entre la población de 16 a 59 años de la Provincia de Buenos Aires en 1972 y los más recientes de 2002, en la población de 15 a 65 años, muestran el cambio del beber regular al episódico. En 2004 la información relacionada con población juvenil de 16 a 26 años mostró una orientación en el mismo sentido con la predominancia del abuso episódico sobre el cotidiano (Tabla 1).

Tabla 1. Estudios epidemiológicos con datos sobre ingestión de alcohol, período 1970-2004.

Años de los principales estudios sobre alcoholismo PBA - Conurbano	Hábito predominante en el abuso de alcohol (%)	
	Cotidiano	Intermitente
1970 (1)	81,7	18,3
2002 (2)	23,0	77,0
2004 (3)	18,0	82,0

(1) Estudio en hogares: ob. 16-59 [Boletín de la OPS 1972; 73 (6): 579].

(2) Primer Estudio sobre consumo de sustancias adictivas en hogares de la Provincia de Buenos Aires. Población general de la Pcia. de Bs. As. (15 a 65 años) (PBA/MS/SADA).

Disponible en: www.sada.gba.gov.ar/obs-general_buenosaires.pdf

(3) Segundo Estudio Provincial sobre uso de sustancias adictivas: Población joven del conurbano bonaerense (16 a 26 años) (PBA/MS/SADA).

Disponible en: <http://www.sada.gba.gov.ar/obs-joven%20conurbano.pdf>

Método

Los estándares de consumo de alcohol juvenil en la actualidad fueron estudiados como expresión de un patrón o *pattern* sociocultural (4). En este caso particular, la exploración seleccionó como objeto de estudio los consumos reales e ideales de alcohol. Se definió como expresión de los mismos en el primer caso, las frecuencias de bebida de los jóvenes en los últimos 12 meses y, para la segunda situación, se escogieron las representaciones relacionadas al estándar ideal de disponibilidad de alcohol para una fiesta. Es decir, la cantidad requerida de bebidas para organizar un encuentro juvenil en la casa. Para efecto del análisis las cantidades planteadas por los jóvenes fueron convertidas a unidades de alcohol absoluto. El límite inferior de la bebida excesiva fue de 100 cc. de alcohol absoluto o más por persona. La medida tomó como referencia las definiciones de Marconi:

"el total de alcohol ingerido no debería exceder los 100 cc. u 80 grs., lo cual equivale aproximadamente a un litro de vino (con 10% de alcohol), o 14 litro de bebidas espirituosas (con 40% de alcohol), o dos litros de cerveza (con 5% de alcohol)". Debe hacerse notar que estas definiciones referían a una ingestión diaria y a un adulto, mientras que aquí se trata del cálculo que hacen los jóvenes para un lapso de horas y en un consumidor de 15 a 17 años de edad.

Se utilizó información provista por la metodología e instrumentos del Programa de Epidemiología Psiquiátrica de CONICET (11) aplicados en las sondas de 2007 por la Subsecretaría de Atención a las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires. La organización del trabajo de campo estuvo a cargo del personal de los Centros Preventivos Asistenciales (CPA) y de los maestros de cada escuela en junio de 2007. Fue completado por 1688 jóvenes de quinto año de ambos sexos, estudiantes en colegios públicos de 30 distritos escolares de la Provincia correspondientes al área programática sobre adicciones del Ministerio de Salud – SADA.

Resultados

La prevalencia de consumo de alcohol en estudiantes varones y mujeres, que en el 74,1% aún no alcanzó la mayoría de edad (Tabla 2), indicó a la mitad de ellos con consumo frecuente de cerveza (una vez a la semana o más) en el último año y a casi un 30% con bebida frecuente de vinos y destilados (Tabla 3).

Tabla 2. Edad y sexo de los estudiantes encuestados, PBA/SADA, 2007.

Edad	%	Límites de confianza del 95%		Varones	Mujeres
16 años	9,6%	8,3%	11,1%	10,3%	9,1%
17 años	64,5%	62,1%	66,7%	61,0%	67,0%
18 años	18,9%	17,1%	20,9%	20,8%	17,5%
19 y más	7%	5,2%	9,8%	7,9%	6,3%
Total	100,0% (1688)			100,0% (718)	100% (970)

Tabla 3. Consumo de bebida últimos 12 meses, según tipo de bebida, PBA/SADA, 2007.

Frecuencia del consumo	Cerveza			Vinos			Destilados		
	%	Límites de confianza 95%		%	Límites de confianza 95%		%	Límites de confianza 95%	
Nunca	15,4	13,0	18,2	33,8	30,3	37,6	29,0	25,8	32,5
Mensualmente	34,5	29,4	40,3	37,1	31,8	43,2	40,0	34,6	46,3
Semanalmente	48,7	45,0	52,8	27,8	24,8	31,1	30,4	27,4	33,6
Diariamente	1,4	0,9	2,2	1,2	0,8	1,9	0,6	0,3	1,1
Total	100% 1663			100% 1655			100% 1654		

Las cantidades de bebida pautadas como requeridas para una fiesta se examinaron de acuerdo a sus equivalencias en alcohol absoluto y los resultados fueron interpretados como un *pattern* ideal de ingesta en una situación de encuentro adolescente. Asimismo, en las preguntas, la reunión fue situada en la casa de alguno de los estudiantes lo que permitiría suponer cierto nivel de permisividad sobre los límites del consumo dentro del propio grupo de convivencia.

La mitad de las fiestas imaginadas superó los 100 cc. de alcohol absoluto por persona y oportunidad. Si la bebida elegida para la fiesta era cerveza la proporción de abuso era mayor que con otras bebidas, alcanzando a más del 60% de las reuniones planeadas. Los estudiantes que señalaron las mayores cantidades de alcohol para una fiesta evaluaron como suficiente la información que disponían en relación con los riesgos por abuso de alcohol en una fiesta (Tabla 4).

Consideraciones

El tema del uso de las bebidas alcohólicas en la Argentina requiere para su análisis de precisiones históricas y culturales para una sustancia que, manteniendo su unidad farmacológica, ha configurado sin embargo realidades de una naturaleza y alcance diferente entre las generaciones más jóvenes. La disminución de su participación en el contexto familiar-alimentario que la usaba con moderación y regularidad y el aumento de su utilización exclusivamente por sus efectos sobre la emocionalidad y el comportamiento, expresa problemas diferentes. Una mirada a los datos disponibles encuentra que los patrones culturales actuales han configurado un nuevo escenario con la intervención de múltiples bebidas tomadas de manera episódica y excesiva. Un patrón de ingesta cercano al perfil de los bebedores "alfa" con bebida paliativa de trastornos o a la dependencia "gama" de Jellinek (6), con incapacidad de detenerse, está definiendo cambios en el perfil de morbi-mortalidad. En la actualidad, los estudios en emergencias hospitalarias (10) en la Provincia de Buenos Aires, mostraron que la morbilidad por alcohol está mucho más vinculada a lesiones por violencias y accidentes (producto del descontrol alcohólico) que al síndrome de abstinencia de la alcoholización mediterránea.

La alcoholización "previa" de los jóvenes *antes* del encuentro social requiere explicaciones en relación a las exigencias que establecen los grupos en la marcación y

competencias dentro de sus territorios (expresión de sus relaciones de dominio). En estos casos la ingesta es una alternativa (tolerada socialmente) como uso "remedial" de la ansiedad grupal que los mismos encuentros despiertan (13). Este papel fue estudiado en otros grupos sociales en la década del cuarenta (2, 5) y, en la actualidad, es identificado como un "rito iniciático" (8) de ingreso a la etapa adulta configurando un riesgo ambiental para algunos grupos de adolescentes. Una situación que se multiplica al considerar los resultados de la autoevaluación de los jóvenes más involucrados en el abuso, en la que siete de cada diez se ubica en una situación de inadvertencia frente al problema.

Es precisamente en la exposición a la presión cultural y en la vulnerabilidad de algunos grupos juveniles ante ésta, donde puede buscarse las explicaciones al alcance de un problema con una prevalencia que involucra, en la bebida frecuente de cerveza, a la mitad de los estudiantes de 15 a 17 años. Esta magnitud en sí misma naturaliza el uso de bebidas como parte de la vida de relación social entre los jóvenes. Se expresa en el campo de las representaciones y define lo que es esperable en determinadas circunstancias. Así, el examen de los niveles ideales de disponibilidad de bebida seleccionados por los estudiantes para una fiesta (con más de 100 cc. de alcohol por persona), suponen una reunión social identificada con el descontrol. En este contexto los vínculos que se establezcan están acotados dentro de una emocionalidad "productiva" (12) por el alcohol, temporalmente desconectados de los costos de la aceptación social (1) y de la adaptación a reglas preestablecidas para estos encuentros.

En estos contextos el abuso de bebidas alcohólicas como "identificación recíproca" (4) o reconocimiento de prácticas comunes entre los jóvenes pone a pensar sobre la real libertad de elección de una identidad que ha sido construida, con frecuencia, por los propios mecanismos normativos-publicitarios que promocionan el consumo. Es, precisamente, en este último punto de estándares culturales "preestablecidos" donde cabe la reflexión acerca de los límites de un imaginario especialmente enfocado por el marketing de las bebidas alcohólicas, no sólo en la motivación para consumir sino en las formas y cantidades para hacerlo. El papel específico de los sistemas de comercialización sobre la tolerancia al abuso alcohólico es un tema pendiente de investigación y un vacío importante para apoyar la legislación en estas materias. Completar esta tarea podría dotar de mayor especificidad y eficacia la acción preventiva.

Tabla 4. Cálculo de cantidad de bebida alcohólica, en una fiesta ideal, que supera los 100 cc. de alcohol absoluto por persona, según tipo de bebida y nivel de información sobre riesgos del abuso de alcohol, PBA/SADA, 2007.

Abuso de alcohol (Cantidades mayores a 100 cc.)	%	Límites de confianza 95%		Varón	Mujer	Autoevaluación sobre nivel de información acerca de los riesgos por abuso de alcohol		
						Suficiente	Escaso	No tengo información
Vinos	49,4	45,3	53,7	57,1	43,7	68,2	29,1	2,7
Destilados	53,2	48,1	58,9	60,3	48,1	69,1	28,2	2,7
Cervezas	62,6	57,1	68,7	73,4	54,9	70,0	27,0	3,0

Referencias bibliográficas

1. Arizaga MC. Imaginarios sociales y prácticas de consumo de alcohol en adolescentes de escuelas de nivel medio. Sedronar. Observatorio: Autor, 2005.
2. Bales RF. Cultural differences in rates of alcoholism. *Quart J Stud Alc* 1946; 6: 480-499.
3. González V, Sepúlveda J, Gaete J. El alcoholismo social: apuntes para un enfoque integral. *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud* 1976; 25-54. Costa Rica.
4. Heath D. Factores socioantropológicos de la etiopatogenia del alcoholismo. *Actas del II congreso iberoamericano de alcohol y alcoholismo* - Chile: AIEPA, 1981. p. 15-24.
5. Horton D. The function of alcohol in primitive societies: a cross-cultural study. *Quart J Stud Alc* 1943; 4: 199-320.
6. Jellinek EM. The Disease Concept of Alcoholism. New Haven, Hillhouse, 1960.
7. Marconi J, Adis Castro G. Análisis de los métodos y resultados de algunas investigaciones epidemiológicas y socioantropológicas latinoamericanas. En: Horwitz J, Marconi J, Adis Castro G (comp.). *Epidemiología del Alcoholismo en América Latina*. Buenos Aires: Acta; 1967.
8. Martín del Moral M. Fundamentos biopsicosociales del alcoholismo. En: Lorenzo P, Ladero JM, Leza JC, Lizasoain I. *Drogodependencias*. Ed. Médica Panamericana; 2003. p. 387-418.
9. Míguez H. El espejo de Erised. Determinaciones sociales del abuso epidémico de alcohol. Programa de Epidemiología Psiquiátrica. CONICET. Autor, 2005.
10. Míguez H. Emergencia hospitalaria y uso de sustancias psicoactivas. *Vertex Rev Arg de Psiq* 2006; 17 (66): 92-95.
11. Míguez H. Estrategias de Epidemiología Comunitaria. Programa de Epidemiología Comunitaria. CONICET. Autor, 2002. Disponible en: www.geocities.com/hugomiguez/Epi-com/manual.htm
12. Míguez H. Estilo de vida juvenil y emocionalidad "producida" en adicciones. Modernidad, Tecnología y síntomas contemporáneos. AASM - serie Conexiones. Autor, 2008.
13. Mora-Ríos J, Natera G. Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud pública de México* 2001; 43 (2).
14. Vidal G. El alcoholismo en Argentina. En: Horwitz J, Marconi J, Adis Castro. *Epidemiología del alcoholismo en América Latina*. Buenos Aires: Acta Fondo para la Salud Mental; 1967. p. 62-63.



**Centro
Psicopatológico
Aranguren**



Desde 1989
CASA DE MEDIO CAMINO Y HOSTAL
CON UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN
Y RESOCIALIZACIÓN PSIQUIÁTRICAS

Directores: Dr. Pablo M. Gabay - Dra. Mónica Fernández Bruno

Paysandú 661 - (C1405ANE) Ciudad Autónoma de Buenos Aires -
Tel. (011)4431-6396 Web: www.centroaranguren.com.ar
Correo Electrónico: info@centroaranguren.com.ar

El futuro de la depresión: una enfermedad sistémica neuroendócrina, inflamatoria y neurodegenerativa compleja

Luiz Dratcu

*MD PhD MPhil MRCPsych
Consultant and Senior Lecturer in Psychiatry
York Clinic, Guy's Hospital,
South London and Maudsley NHS Foundation Trust*

Introducción: la depresión se transforma otra vez más

La introducción de drogas antidepresivas hace alrededor de cinco décadas fue seguida de importantes avances en psicofarmacología y en nuestra comprensión de la

patogenia de la depresión. Los modelos neuroquímicos de la depresión, que originalmente estaban basados sólo en un par de monoaminas cerebrales, serotonina y nora-

Resumen

Los modelos neurobiológicos de la depresión han evolucionado más allá de la teoría monoaminérgica, que fue construida luego del advenimiento de las drogas antidepresivas en la década de 1950. Actualmente se considera que la depresión implica una amplia gama de neurotransmisores, incluyendo a la dopamina y el glutamato, y a prácticamente la totalidad del sistema nervioso central. La evidencia emergente está redefiniendo la depresión como una enfermedad crónica y sistémica que puede deteriorar la función neuroendocrina, los ritmos biológicos y las respuestas inmunes, y como una enfermedad que, de no ser tratada, puede conducir a la demencia. Diferentes abordajes de investigación, desde la biología molecular hasta los estudios clínicos, han ofrecido tanto nuevos conocimientos acerca de los mecanismos fisiológicos implicados como también indicios para desarrollar terapias antidepresivas efectivas en respuesta a los mismos. Además de los métodos ya bien establecidos, como los inhibidores de la recaptación de monoaminas y la terapia cognitivo-conductual, estos pueden incluir drogas anti-inflamatorias no esteroides, prescripción de ejercicio físico, tratamientos somáticos y toda una nueva generación de drogas antidepresivas dotadas de modos de acción originales. A medida que el manejo de la depresión se torna cada vez más multifacético, los médicos serán capaces de optimizar los resultados clínicos para sus pacientes integrando sinérgicamente las múltiples opciones terapéuticas disponibles.

Palabras clave: Depresión - Antidepresivos - Dopamina - Glutamato - Cortisol - Melatonina - Agomelatina - Inflamación - Neuroinmunología - Citokinas - Interleukinas - Aspirina - Factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) - Neurotrofinas - Demencia.

THE FUTURE OF DEPRESSION: A COMPLEX NEUROENDOCRINE, INFLAMMATORY AND NEURODEGENERATIVE SYSTEMIC ILLNESS

Summary

Neurobiological models of depression have evolved far beyond the monoamine theory that was construed following the advent of antidepressant drugs in the 1950s. Depression is now seen to implicate a wide range of neurotransmitters, including dopamine and glutamate, and virtually the entire central nervous system. Emerging evidence is redefining depression as a chronic and systemic illness that may impair neuroendocrine function, biological rhythms and immune responses, and one which may lead to dementia if left untreated. Different research approaches, from molecular biology to clinical studies, have offered new insights into the physiological mechanisms involved as well as indications of how effective antidepressant therapies may develop in response to these. In addition to well-established methods, like monoamine reuptake inhibitors and cognitive behavioural therapy, these may include non-steroid anti-inflammatory drugs, prescription of physical exercise, somatic treatments and a whole new generation of antidepressant drugs endowed with original modes of action. As the management of depression becomes increasingly multifaceted, clinicians will be able to optimise clinical outcomes for their patients by synergistically integrating the multiple therapeutic options available.

Key words: Depression - Antidepressants - Dopamine - Glutamate - Cortisol - Melatonin - Agomelatin - Inflammation - Neuroimmunology - Cytokines - Aspirin - Interleukins - Brain-derived neurotrophic factor - Neurotrophins - Dementia.

drenalina, se expandieron para incluir otros sistemas de neurotransmisión que probablemente también están implicados, como la dopamina y el glutamato. Siguiéron modelos biológicos más amplios que tienen ramificaciones de los tratamientos. Por ejemplo, la disfunción dopamínica en la depresión puede, en algunos sentidos, reflejar la disfunción dopamínica en la esquizofrenia; si esto es cierto, podrían utilizarse abordajes farmacológicos similares en ambos desórdenes.

Mientras que ahora se piensa que la neurobiología de la depresión implica la interacción de una gama de neurotransmisores, ha ido aumentando la evidencia desde diferentes marcos de investigación que describen la depresión como un proceso biológico complejo asociado con la disfunción de muchas dimensiones fisiológicas, incluyendo los sistemas endocrinos, los ritmos circadianos pineales y las respuestas inmunes. También existe evidencia de que la declinación cognitiva podría representar la fase final común de todos estos cambios. Efectivamente, los avances en biología molecular han estimulado la identificación de posibles mecanismos que explican tentativamente por qué la depresión puede conducir a la demencia.

Al mismo tiempo, estos mismos discernimientos han alentado el surgimiento de abordajes terapéuticos de la depresión innovadores, muchos de los cuales están aún en una fase experimental. Incluso estos últimos pueden volverse pronto parte de la práctica clínica corriente, lo que significa que nuestra comprensión de la depresión y su tratamiento pueden cambiar radicalmente en un futuro no muy lejano. Este artículo intenta describir sucintamente estas nuevas nociones emergentes sobre la depresión, todas las cuales indican que, desde ahora en adelante, la depresión debería ser y será considerada y tratada como una enfermedad neurodegenerativa sistémica y compleja.

El concepto de depresión: cuerpo, mente y monoaminas

Depresión, una enfermedad con una larga historia

Durante al menos veinticinco siglos, la depresión ha sido reconocida por los médicos como una entidad clínica diferenciada y, por lo tanto, como un estado de enfermedad que puede ser diagnosticado y que requiere tratamiento. En lo más extremo, la depresión se manifiesta como melancolía, la cual supone típicamente cinco dimensiones de síntomas (10), a saber:

1. *Decaimiento del ánimo*, típicamente referido por los pacientes como una penosa sensación corporal de ansiedad y vacío, y que difiere de la tristeza común en respuesta a los eventos de la vida;

2. *Reducción de los niveles de energía y actividad*, lo que se traduce clínicamente en anhedonia, poca motivación, pérdida de la libido y pérdida del apetito y de peso;

3. *Nihilismo* o una visión negativa del *self*, del mundo y del futuro, que implican un contenido del pensamiento empobrecido, sentimientos de culpa, desesperanza e

impotencia, así como delirios y alucinaciones congruentes con el humor;

4. *Retraso psicomotor*, que afecta a los movimientos, a la expresión facial, al discurso, a la atención y a la concentración;

5. *Trastornos del sueño*, con alteraciones del ciclo sueño/vigilia, usualmente caracterizados por el acortamiento en la duración del sueño, despertar temprano en la mañana y la variación del estado de ánimo durante el día.

Sin embargo, la melancolía completa es relativamente rara. Esto se debe a que la depresión puede producirse dentro de un *continuum* de severidad, que oscila desde una depresión leve y moderada hasta manifestaciones más dramáticas, como depresión psicótica y la melancolía propiamente dicha, de manera que aquellos pacientes que presenten el síndrome melancólico completo abarcarán solo una fracción de todos los enfermos. Los sistemas de diagnóstico contemporáneos, como el CIE (34) y el DSM (1) han adoptado criterios que incorporan el vasto espectro de los síntomas de la depresión observados en la práctica clínica, en el intento de aprehender e identificar las cambiantes presentaciones de la enfermedad.

En el mundo occidental, la depresión fue atribuida durante muchos siglos a un "desequilibrio humoral", por lo cual era vista esencialmente como una consecuencia de procesos mórbidos físicos u orgánicos. Las explicaciones psicológicas de la depresión sólo comenzaron a prevalecer en el siglo XX luego del advenimiento y diseminación del psicoanálisis, como teoría y como práctica. Desde entonces, ante la ausencia de cualquier tratamiento biológico significativo para la depresión que no fuera la terapia electroconvulsiva (TEC), los abordajes psicoanalíticos no enfrentaron ninguna competencia seria hasta mucho tiempo después de finalizada la Segunda Guerra Mundial (3).

Una historia de dos monoaminas

En la década de 1950, las teorías biológicas acerca de la depresión fueron revividas por la introducción de los compuestos tricíclicos y los inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAOs), cuyos efectos antidepresivos fueron descubiertos por casualidad. La imipramina, el primer agente tricíclico, era químicamente similar a la clorpromazina (el primer neuroleptico) y fue originalmente concebida como antipsicótico, pero fracasó en este punto. Irónicamente, fue un psicoanalista suizo, Roland Kuhn, trabajando en el Hospital Münsterlingen en el Lago Constanza, quien, intentando evaluar los efectos antipsicóticos de la imipramina, describió por primera vez los efectos antidepresivos de la droga en los pacientes a su cargo (5). Esto, y la observación de que la isonazida, un IMAO, también tenía propiedades antidepresivas, culminó finalmente en la teoría monoamínica de la depresión, cuyo fundamento estaba basado en el modo de acción putativo de estos compuestos, a saber: el aumento de la disponibilidad de monoaminas en la hendidura sináptica (3). Mientras que la imipramina y otros antidepresivos tricíclicos lograban esto mediante el bloqueo de la

recaptación de monoamina por la neurona presináptica, los IMAOs conducen a un resultado similar mediante la supresión del metabolismo de la monoamina.

Desde entonces se ha vuelto un saber aceptado que, si los síntomas depresivos pueden ser tratados farmacológicamente aumentando el *input* de monoaminas en el cerebro, el déficit de monoamina jugaría un papel central en la patogenia de la depresión. Es más, la afinidad farmacológica de la mayoría de los agentes antidepressivos para noradrenalina, serotonina (5-HT) o ambas parecía sugerir que la patogenia de la depresión estaba asociada con anomalías funcionales que involucraban alguna de estas monoaminas o ambas. Por lo tanto, los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina o noradrenalina, los agentes de acción dual y una cantidad de otros compuestos antidepressivos, cuyo modo de acción estaba invariablemente conectado con la teoría monoamínica de la depresión, fueron introducidos en los años siguientes (10).

Ingresar la dopamina: depresión y síntomas negativos de la esquizofrenia

La dopamina fue ampliamente dejada fuera de la ecuación, al menos inicialmente. La ortodoxia farmacológica prevalente postuló la disfunción dopamínica como el sello neuroquímico distintivo de la esquizofrenia y no de los desórdenes afectivos, y como el principal objetivo del tratamiento antipsicótico con neurolépticos convencionales. Fue solo después de que fueron identificadas y comprendidas las diferentes vías dopamínicas en el cerebro que se pensó también que la disfunción dopamínica tenía, posiblemente, un papel en la patogenia de la depresión.

Se postula que dos de las cuatro vías dopaminérgicas principales están directamente relacionadas con los síntomas de la esquizofrenia: los síntomas positivos resultarían de una actividad dopamínica exacerbada en la vía mesolímbica, mientras que los síntomas negativos reflejarían una función dopamínica reducida en la vía mesocortical (8). Se piensa que las vías nigroestriatal y tuberoinfundibular no estarían implicadas primariamente en los trastornos psicóticos, pero ambas podrían ser alteradas por antipsicóticos convencionales, los cuales son todos antagonistas de la dopamina y pueden, por lo tanto, inducir efectos extrapiramidales y neuroendocrinos adversos, respectivamente, al actuar sobre esas vías.

No obstante, en los últimos años ha habido un creciente interés en la similitud clínica entre los síntomas severos de depresión y los síntomas negativos de la esquizofrenia, a saber: afecto aplanado, alogia, abulia y anhedonia (8). Esta proximidad fenomenológica ha sido considerada como un posible indicio de que estos dos desórdenes podrían, de hecho, compartir una disfunción monoamínica similar común, esto es, un déficit de dopamina en el córtex pre-frontal. Este enfoque, que le asigna a la dopamina un lugar importante en la neuroquímica de las respuestas afectivas, postula que la dopamina es el principal neurotransmisor involucrado en el así llamado *afecto positivo*. El *afecto positivo* ha sido

considerado como el conjunto psicológico que circunscribe el impulso para iniciativas (*drive*) y la motivación, así como los sentimientos acompañantes de felicidad, interés, energía, entusiasmo, alerta y autoconfianza (27). Mientras que los síntomas negativos de la esquizofrenia han sido atribuidos a la actividad disminuida de la vía dopamínica mesocortical, el *afecto positivo* reducido que se observa en la depresión ha sido interpretado de manera similar como el correlato clínico de un sistema dopamínico mesocorticolímbico hipofuncionante.

De todos modos, si el *afecto positivo* disminuido observado en la depresión y en los síntomas negativos de la esquizofrenia comparten o no el mismo sustrato neuroquímico, a partir de estos conocimientos han emergido nuevos métodos terapéuticos (26). El *punto de vista dopaminérgico* de la depresión ya da cuenta, al menos en teoría, del modo de acción de algunos nuevos antidepressivos, como el bupropion, un bloqueante dual de la recaptación de noradrenalina-dopamina (27).

También es ya parte de muchas de las estrategias adoptadas para el manejo de la depresión refractaria al tratamiento, como los métodos de potenciación utilizando antipsicóticos atípicos (29), especialmente aripiprazol, un agonista parcial del receptor D₂ de dopamina (28). Y no obstante, a pesar del agregado de la dopamina a la teoría monoamínica de la depresión, existe evidencia creciente de que la patogenia de la depresión se extiende más allá de la interacción de sólo tres neurotransmisores en el cerebro.

Correlaciones neurofisiológicas de la depresión

Los sistemas de neurotransmisión monoamínicos inervan virtualmente todas las áreas del cerebro. Sólo sobre esta base es fácil observar que, si el funcionamiento monoamínico está deteriorado en la depresión, es probable que los trastornos depresivos estén asociados con una gama de cambios neurofisiológicos. Es incierto si estos cambios ocurren como resultado o como factor causal de la depresión. Lo que está cada vez más claro es que la patogenia de la depresión supone una compleja interacción de múltiples sistemas funcionales, de los cuales la neurotransmisión monoamínica representa solo una parte. Aún más, las monoaminas tienen un papel principal en la regulación de la función endocrina, los ritmos biológicos y la respuesta inmune. No sorpresivamente, trabajos de investigación indican que la depresión está asociada con: (a) disfunción endocrina, (b) disrupción de los ritmos biológicos y (c) respuesta inmune equivocada.

La depresión como disfunción endocrina: hipercortisolemia y el eje HPA

Es conocido desde hace mucho tiempo que la depresión está asociada con la hipercortisolemia y con la disfunción del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (HPA, por sus siglas en inglés) (12). La dexametasona falla en la supresión del cortisol en alrededor del 50% de los pacientes con trastorno depresivo mayor, un signo claro de que

el eje HPA está sobrecargado en este grupo de pacientes. En forma preocupante, niveles de cortisol crónicamente altos pueden destruir los receptores glucocorticoides en el hipocampo, causando así atrofia del hipocampo y deterioro cognitivo. A medida que la depresión sigue un curso crónico o recurrente, los pacientes pueden quedar expuestos a largo plazo a mal funcionamiento neuroendocrino, hipercortisolemia y al riesgo resultante de deterioro cognitivo si no reciben tratamiento. En otras palabras, más que un deterioro relativamente menor y transitorio secundario al ánimo deprimido, los déficits cognitivos que usualmente acompañan la enfermedad depresiva pueden ser, de hecho, la señal de alarma de un inminente, si no ya en desarrollo, proceso demencial (30). Más aún, la disfunción del eje HPA en la depresión parece involucrar también una regulación anormal de las hormonas del crecimiento y relacionadas con la tiroides.

La depresión como un trastorno estacional: el ritmo circadiano, la glándula pineal y la melatonina

Trastorno afectivo estacional (SAD por sus siglas en inglés) es un término que se aplica a episodios depresivos mayores cuyo comienzo y remisión tienden a producirse durante momentos característicos del año (1). En la mayoría de los casos, los episodios comienzan en otoño o en invierno y remiten en primavera. La prevalencia de un patrón estacional tipo invierno parece variar de acuerdo con el sexo (60-90% de los pacientes son mujeres), la edad (las personas más jóvenes presentan un riesgo más alto para episodios depresivos invernales) y la latitud (la prevalencia aumenta en latitudes más altas). El comienzo de la depresión invernal parece estar asociado con una disminución de la exposición a la luz y los cambios circadianos resultantes, lo cual podría tener incidencia en la distribución geográfica de la mayoría de los pacientes (22).

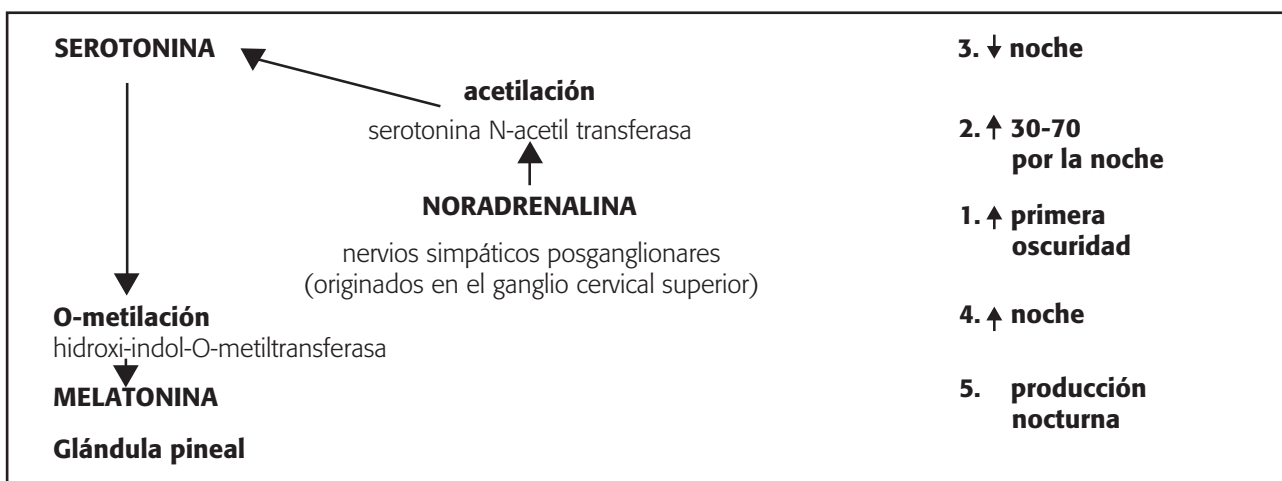
Luego del descubrimiento de que suprime la producción de melatonina en los seres humanos, la luz brillante ha sido adoptada como tratamiento para el SAD (22). El fundamento para el tratamiento con luz brillante reside

en los mecanismos neuroquímicos centrales que, se piensa, están implicados en la regulación de los ritmos circadianos (7). Estos incluyen la actividad tanto del *núcleo supraquiasmático* -el "reloj central" de los ritmos endógenos, que se encuentra en el hipotálamo y que está sincronizado con un día de 24 horas- como la *glándula pineal*. La glándula pineal controla la transmisión de información acerca de la duración del día (o *fotoperíodo*), medio por el cual modula los ritmos circadianos vía la secreción rítmica de N-acetil-5-metoxi-triptamina, o *melatonina* (2).

El precursor de la melatonina es la 5-hidroxi-triptamina (5-HT) o *serotonina*. La melatonina es sintetizada desde la serotonina en dos pasos, uno de los cuales (N-acetilación) está limitado por su propia tasa de producción. Luego de la conversión de la serotonina en N-acetilserotonina, la hidroxindol-indol-O-metil-transferasa sintetiza la melatonina. Las reacciones químicas que participan en la conversión de la serotonina en melatonina son reguladas, vía la *retina*, por el ciclo luz-oscuridad. Durante las primeras horas de oscuridad, el *input* noradrenérgico desde los nervios simpáticos postganglionares (originado en el ganglio cervical superior) estimula a la enzima serotonina N-acetil-transferasa, cuya actividad aumenta 30 a 70 veces en la noche. La N-acetilserotonina resultante experimenta entonces una O-metilación, promoviendo de este modo la producción nocturna de melatonina (2). Por consiguiente, los niveles centrales de serotonina disminuyen gradualmente en el transcurso de la noche (ver Figura 1).

El hallazgo de que la luz brillante suprime la producción de melatonina y mejora los síntomas del SAD ha impulsado el uso de la luminoterapia para el tratamiento de la depresión (14). Desde una perspectiva farmacológica, inspiró la búsqueda de componentes antidepresivos que apunten directamente a la actividad melatonina. La agomelatina, un potente agonista melatoninérgico MT(1) y MT(2), que también posee propiedades antagonistas 5-HT_{2c}, ha demostrado ser un agente antidepresivo efectivo y relativamente seguro, que ha sido introducido recientemente como tal en el mercado (25).

Figura 1. Melatonina, monoaminas y el ciclo luz-oscuridad.



La serotonina es el precursor de la melatonina. La primera oscuridad de la noche induce la actividad noradrenérgica de los nervios simpáticos postganglionares (1) la que, a su vez, estimula la serotonina N-acetil transferasa (2), una enzima que acetila la serotonina durante la noche (3). A esto le sigue la O-metilación mediante otra enzima, la hidroxindol-O-metiltransferasa (4), que da por resultado la producción nocturna de melatonina en la glándula pineal.

La depresión como un proceso inflamatorio

Hay muchos orígenes del punto de vista de que el inicio de los síntomas depresivos podría reflejar de algún modo o estar relacionado con el funcionamiento anormal del sistema inmune. Una de esas fuentes se halla en el intento de comprender el efecto placebo. El efecto placebo puede ser observado en virtualmente todos los aspectos y variedades del cuidado clínico y ha fascinado durante mucho tiempo a los médicos (19). Algunos han llegado tan lejos como para sostener que, hasta la Segunda Guerra Mundial, la mayoría del cuidado médico era, esencialmente, la hábil manipulación del efecto placebo.

La búsqueda de un posible sustrato biológico del efecto placebo condujo a interesantes hallazgos que lo asocian con la respuesta de fase aguda que inicia las reacciones inflamatorias y, a su vez, con la neurobiología de la depresión (13). Una nueva disciplina, la psiconeuroinmunología, ha sido fructífera desde entonces (31). El hecho de que el efecto placebo pueda jugar un papel prominente en la depresión y su tratamiento, junto con la aparente similitud entre los síntomas depresivos y el *comportamiento enfermo* (*sickness behaviour*) que a menudo sigue a los procesos inflamatorios, ha estimulado a los investigadores a explorar nuevas pistas de una interfase fisiológica entre los trastornos depresivos y la química de la inflamación (13). La revisión de la biología del sistema inmune es el necesario paso inicial hacia cualquier intento de estudiar y comprender la depresión dentro de este marco teórico (ver Tabla 1).

No obstante el papel que los glucocorticoides tienen en las respuestas inflamatorias, hay evidencia de que la superposición de síntomas de la depresión con la inflamación es la manifestación clínica de los cam-

bios fisicoquímicos subyacentes que involucran a algunas de las citokinas pre-inflamatorias o interleukinas (o IL, ver Tabla 2). En la cascada química inicial de un proceso inflamatorio, o fase de reacción aguda, la IL-1 β activa a la IL-6 la cual, a su vez, provoca una segunda oleada de reacciones inflamatorias. Se sabe que estas citokinas pre-inflamatorias inducen el *comportamiento* enfermo tanto en animales como en seres humanos. El *comportamiento enfermo* se caracteriza por: fatiga, apatía, letargo, malestar, pérdida del apetito, pérdida de la libido, trastorno del sueño, trastorno del humor, aflicción y dolores (9). Como tal, puede ser difícil de distinguir de los síntomas de la depresión. Por otro lado, también se sabe que la depresión mayor *per se* está asociada con el aumento de la producción de IL-6.

Estos indicios de una asociación de la depresión con los aspectos clínicos y químicos del proceso inflamatorio brindan fundamento a la visión de que este último también es parte de la fisiopatología de la depresión. Esto es congruente con la evidencia de que los sistemas monoamínicos de neurotransmisión, los circuitos de la regulación neuroendocrina y el sistema inmune interactúan constantemente y a varios niveles dentro de una red de mecanismos de retroalimentación que se extienden central y periféricamente (31). Es también congruente con los hallazgos que muestran que el tratamiento antidepressivo puede afectar directamente la respuesta inmune dentro del mismo SNC, incluyendo la actividad y la función de la astrogliá (18). De acuerdo con esto, los actuales trabajos de investigación están indicando de manera creciente que la fisiopatología de la depresión debería, de ahora en más, ser estudiada y considerada como la *psiconeuroinmunología* de la depresión (ver Figura 2).

Tabla 1. Biología del sistema inmunitario.

No-específico (innato)	Específico (adaptivo)
Componente celular <ul style="list-style-type: none"> - Sistema fagocítico <ul style="list-style-type: none"> - neutrófilos (sangre) - macrófagos (tejidos) - Células NK 	Componente celular <ul style="list-style-type: none"> - Linfocitos <ul style="list-style-type: none"> - derivados del timo (Células T) - derivados de médula ósea (Células B)
Componente soluble <ul style="list-style-type: none"> - Proteínas del complemento - Reactivos de fase aguda - Citokinas <ul style="list-style-type: none"> - interleukinas IL-1α, β a IL-12 - interferon gamma - factor α de necrosis tumoral - factor de estimulación de colonias 	Componente soluble <ul style="list-style-type: none"> - Inmunoglobulinas (Células B) <ul style="list-style-type: none"> - IgG sangre - IgA secreción externa - IgM espacios intravasculares - IgD superficie de linfocitos - IgE suero

El sistema inmune, inespecífico y específico, está dividido en dos componentes principales, celular y soluble. Las citokinas, especialmente algunas interleukinas, juegan un papel importante en la patogénesis de la depresión. Probablemente, futuras investigaciones revelarán una asociación más amplia e intrincada entre la depresión y una gama de respuestas inmunes.

Tabla 2. Citokinas: productores y funciones.

Citokina	Abreviatura	Principales Productores	Funciones
Interleukina α Interleukina β	IL-1 α , IL- β	Monocitos/macrófagos, Células NK, células B, astrocitos	Estimula las actividades de las células T y B, induce la IL-2 y la expresión del receptor, aumenta las proteínas de fase aguda, la actividad citocida de NK y macrófagos e induce fiebre.
Interleukina-2	IL-2	CD4+ y CD8+ Células T, timocitos	Estimula la proliferación de células T, timocitos y células B, induce la liberación de linfocinas y aumenta la actividad de células NK.
Interleukina 3	IL-3	Células T (Th1 + Th2)	Sostiene el crecimiento de los mastocitos, células del tronco multipotenciales y progenitores de monocitos y granulocitos.
Interleukina 4	IL-4	Células T (Th1)	Co-estimula la proliferación de células B y la producción de anticuerpos, estimula la proliferación de células T, activa la actividad de macrófagos y del factor de crecimiento de los mastocitos.
Interleukina 5	IL-5	Células T	Co- estimula el crecimiento de células B y la secreción de IgA desde las células B, induce la diferenciación de eosinófilos.
Interleukina 6	IL-6	Monocitos/macrófagos, células B, células T	Induce la proteína de fase aguda en hepatocitos, estimula la diferenciación de células B y la secreción de IgG, co-estimula la proliferación de timocitos y activa las células T.
Interleukina 8	IL-8	Neutrófilos, células B, monocitos, células NK	Estimula la quimiotaxis de neutrófilos y células T y estimula la actividad granulocítica.
Interleukina 10	IL-10	Células T (CD8+), células B, monocitos, macrófagos	Inhibe la síntesis de citocina por las células Th1 y activa macrófagos, estimula el crecimiento y la diferenciación de células T.
Interleukina 12	IL-12	Macrófagos, neutrófilos, células MAST	Induce la producción de INF- γ , aumenta la actividad citotóxica de NK, estimula la diferenciación de células T CD4+ a células Th1, bloquea la producción de monokina inflamatoria
Gamma interferona	INF- γ	Células T, macrófagos, células NK, timocitos	Induce la expresión de MHC clase II en macrófagos, inhibe la replicación viral, activa la actividad tumoricida no específica y microbicida en macrófagos.
Factor de necrosis tumoral	TNF- α	Células T, macrófagos, monocitos, células NK, neutrófilos	Citolisis de células tumorales, induce antígeno MHC clase I, aumenta la actividad respiratoria de fragmentación en neutrófilos, regula otras funciones inmunes celulares
Factores de estimulación de colonias	GM-CSF	Células T, células B, células NK, células mastocitos	Estimula el crecimiento de colonias de granulocitos y macrófagos desde precursores de médula ósea, activa la actividad macrófaga citocida

La depresión como un camino hacia la demencia

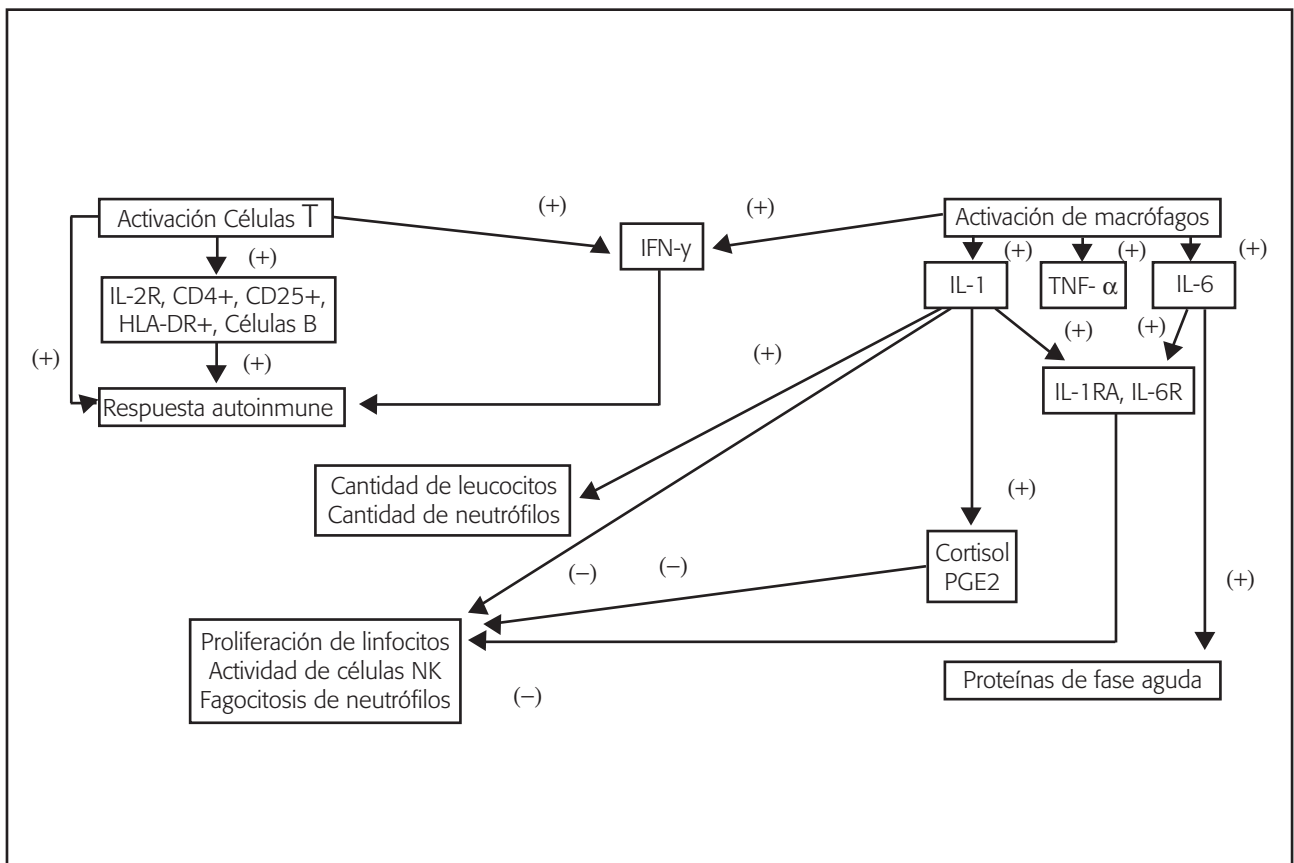
La depresión parece ser, entonces, una enfermedad compleja, sistémica y multifactorial, de la que se sabe que su patogenia abarca al menos cuatro dimensiones biológicas interactuantes, a saber: disfunción monoamínica, desregulación neuroendocrina, disrupción de los ritmos biológicos y respuestas inmunes alteradas. Sin embargo, se sabe que están implicados otros neurotransmisores, como glutamato y GABA, y no sólo las monoaminas. Más aún, la precisa red de conexiones neuroquímicas, cambios y mecanismos subyacentes en el inicio de los síntomas depresivos es aún esquiva. Aun así, cualquiera sea la configuración que estas puedan adoptar, la vía final común puede ser un déficit generalizado de la actividad neuronal en el cerebro que termine en una demencia (21).

Hasta hace poco, era un conocimiento aceptado

que no podían desarrollarse neuronas nuevas en el cerebro adulto, el cual solo podía experimentar pérdida neuronal. El cerebro humano adulto, que contiene aproximadamente 100 billones de neuronas, comienza a perder alrededor de 20.000 neuronas por día luego de la mítica edad de 20 años. Sin embargo, los estudios en animales de laboratorio han mostrado que puede haber un brote de nuevas neuronas en algunas áreas del cerebro de ratas adultas. Por ejemplo, pueden brotar neuronas *nuevas* en ciertas partes del hipocampo del adulto, como el giro dentado (4). Nuevas evidencias sugieren que el brote neuronal en áreas individuales del cerebro adulto está directamente asociado con las funciones de aprendizaje y memoria.

La neurogénesis en general, incluyendo el brote de neuronas en el cerebro adulto, depende de la producción y la disponibilidad del factor neurotrófico deri-

Figura 2. Psiconeuroinmunología de la depresión.



Cambios inmunes en la depresión. (+) aumento; (-) supresión; IL, interleukinas; R: receptor; A: antagonista; NK: destructor natural (natural killer); TNF: factor de necrosis tumoral; IFN: interferon; PGE2: prostglandina E2.



vado del cerebro, o BDNF (según sus siglas en inglés), que es una de las neurotrofinas. La familia de las neurotrofinas incluye, entre otros, el factor de crecimiento nervioso (NGF en inglés), el BDNF y las neurotrofinas (NT)3, NT4/5 y NT6. El BDNF y otros factores neurotróficos son necesarios para la supervivencia y las funciones neuronales, y el BDNF es más conocido por sus efectos neurotróficos y neuroprotectores a largo plazo (16). El BDNF controla si las neuronas viven o mueren, la comunicación entre las redes neuronales y también la actividad de los receptores N-metil-D-aspartato (NMDA), que regulan la plasticidad y la conectividad sinápticas.

Como se mencionó, la depresión ha sido asociada con un riesgo aumentado de atrofia del hipocampo como resultado de la hiperactividad del eje HPA, la hipercortisolemia consecuente y la destrucción gradual de los receptores glucocorticoides en el hipocampo. Sin embargo, estudios más recientes han mostrado que la depresión también está asociada con la disminución del brote de neuronas: la *disminución* de la neurogénesis se produce como respuesta tanto al estrés agudo como al crónico (16). Esto puede deberse a que el cortisol en niveles altos es neurotóxico y puede *per se* suprimir la neurogénesis. Efectivamente, la remoción de esteroides adrenales (por ejemplo, tras una adrenalectomía) aumenta la neurogénesis, y el tratamiento con altos niveles de glucocorticoides reproduce la regulación hacia la baja de la neurogénesis que se produce como respuesta al estrés. Aun así, parece que la disminución del brote neuronal en la

depresión puede estar directamente relacionada con bajos niveles del BDNF.

Si la hipercortisolemia misma tiene un efecto deletéreo directo sobre la producción del BDNF es un tema para nuevas investigaciones. De mayor relevancia clínica, en cualquier caso, es la identificación, en años recientes, de las cascadas neuroquímicas que vinculan a la enfermedad depresiva con la disfunción hipocámpica y con el deterioro cognitivo. Existen evidencias de que el estrés y la depresión reducen el BDNF en el hipocampo, y que el déficit del BDNF en la depresión reduce, a su vez, el brote neuronal (4). En este contexto, los trabajos de investigación más recientes han delineado un sistema crecientemente complejo que regula el balance entre la neurogénesis y las cascadas de muerte neuronal (apoptosis celular) en el cerebro, que involucran a proteínas apoptóticas como *bag-1* y *bcl-2*, que controlan el ingreso de Ca^{+} y que, aparentemente, funcionan mal en la depresión (35).

Por el contrario, pero igualmente importante, se ha mostrado que los antidepresivos y el TEC restauran el BDNF y el brote neuronal. Estudios recientes han mostrado que los tratamientos antidepresivos crónicos, pero no los agudos, aumentan la neurogénesis de las células granulares del giro dentado, probablemente aumentando la actividad del BDNF (4). Los antidepresivos, como los compuestos tricíclicos y los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS), potencian la liberación presináptica de monoaminas, activando de ese modo los receptores post-sinápticos. Los mecanismos de transmisión de señal de segun-



do mensajero provocan la fosforilación del factor de transcripción para la expresión genética. La cascada CREB (proteína de ligadura de respuesta al cAMP, por sus siglas en inglés) activa los genes que controlan la expresión del BDNF y de la kinasa B relacionada con el receptor de alta afinidad para la tirosina (TrkB, en inglés), que es el receptor para BDNF. Como resultado, los efectos neurogénicos del BDNF se intensifican. En la base de este conocimiento ya hay indicios de que los agentes que modulan la cascada de CREB/BDNF/*bcl-2* pueden ser útiles en el tratamiento de los trastornos del humor (35).

Nuevas aproximaciones clínicas: estrategias futuras para tratar la depresión

La gama de opciones actualmente disponibles para tratar la depresión es amplia y diversa, incluyendo terapias farmacológicas, psicológicas y somáticas (10). Sin embargo, avances importantes recientes en nuestra comprensión de las bases biológicas de la depresión sugieren que este espectro se extenderá probablemente mucho más en el futuro cercano. Es probable que drogas exitosas como los ISRS permanezcan como manejo clínico de rutina de la depresión, no sólo porque son ampliamente efectivas y seguras, sino también porque la mayoría están disponibles como formulaciones genéricas y, por lo tanto, se han abaratado. De todos modos, es poco probable que veamos el desarrollo y el lanzamiento de nuevos y aún más puros y selectivos bloqueadores de recap-

tación de monoaminas. Por el contrario, siguiendo a la introducción de los compuestos de acción dual, como la venlafaxina y la duloxetine, la comprensión contemporánea de la disfunción monoamínica en la depresión favorece el advenimiento de agentes de acción triple que, sumados a la creciente disponibilidad de 5-HT y de noradrenalina en el cerebro, puedan también aumentar la actividad dopamínica. El modo de acción de los IMAO, por ejemplo, podría satisfacer este propósito. Los IMAO, en versiones más seguras, refinadas y de fácil utilización en comparación con las originales, probablemente serán resucitados en una nueva generación de compuestos antidepresivos (20). Más aún, siguiendo al reconocimiento de que los resultados de los tratamientos que combinan terapias farmacológicas y psicológicas, particularmente la terapia cognitivo-conductual, son habitualmente mejores que el uso de alguno en forma aislada, los médicos han llegado incluso a reconocer el valor de la terapia de ejercicio en el manejo de la depresión.

El efecto terapéutico del ejercicio físico en la depresión no sólo está ahora bien establecido, sino que también puede ser extrapolado a la mayoría de los otros trastornos psiquiátricos (11). Si bien los mecanismos precisos que subyacen a los efectos antidepresivos y ansiolíticos del ejercicio físico son aún un asunto de debate, un creciente número de hallazgos, tanto de estudios en animales de experimentación como en seres humanos, sugiere que el ejercicio incrementa los niveles tanto de NGF como de BDNF (15, 33), aumenta las funciones de aprendizaje

y cognitivas (17) y también promueve la neurogénesis (32).

Parece haber, por lo tanto, un vínculo entre los efectos antidepresivos del ejercicio y su capacidad para aumentar el BDNF, promover la neurogénesis y mejorar el aprendizaje y otras funciones cognitivas. A medida que esta asociación sea mejor comprendida, se podrían diseñar formas más específicas de terapia de ejercicios, a la medida de gente con depresión y otros tipos de trastornos psiquiátricos. Al mismo tiempo, desde una perspectiva farmacológica, es probable que el BDNF y otras neurotrofinas sean vistas como blancos potenciales de las intervenciones químicas dirigidas a tratar la depresión. Es probable que surja una nueva generación de antidepresivos, de la que se espera que su modo de acción sea muy diferente de aquellos a través de los cuales se piensa que actúan los tricíclicos y los ISRS. Por ejemplo, los niveles de suero del BDNF ya están siendo utilizados para supervisar el efecto antidepresivo de drogas como la sertralina, el escitalopram y la venlafaxina (23), probablemente un indicio temprano del papel que pueden adquirir las mismas neurotrofinas en el tratamiento farmacológico de la depresión.

Además del TEC, hay una nueva clase emergente de terapias antidepresivas que, algunas veces, son llamadas terapias somáticas, y que involucran la estimulación del cerebro mediante métodos físicos (14). Estos nuevos tratamientos incluyen, en orden creciente según su grado de invasividad, la luminoterapia, la estimulación magnética transcraneal (TMS), la estimulación del nervio vago (VNS) y la estimulación cerebral profunda (DBS), todas las cuales están gradualmente incorporándose a la corriente principal de la práctica clínica. La TMS se ha beneficiado con significativos avances tecnológicos en años recientes y también se ha vuelto más ampliamente disponible,

pese a que es indicada esencialmente a pacientes con depresión resistente al tratamiento. Este también es el caso de la VNS y la DBS, cuyo uso debería adherir a criterios clínicos estrictos y a protocolos complejos. La luminoterapia ha sido usada principalmente en el trastorno afectivo estacional, pero una mayor comprensión de su modo de acción y la estandarización del aparato, combinados con la evidencia de sus efectos clínicos, su relativa seguridad y su fácil aplicación, la han transformado en un tratamiento más ampliamente utilizado en el tratamiento de la depresión. Lo que parece particularmente interesante acerca de la luminoterapia es que podría compartir un modo de acción similar con la agomelatina, un paisaje original en el que un tratamiento somático y uno farmacológico para la depresión alcanzan efectos terapéuticos análogos, induciendo cambios en la misma vía neuroquímica, el sistema hipofiso-melatonina. La oportunidad para futuras investigaciones es vasto y también lo es el potencial para el desarrollo de estrategias antidepresivas alternativas multi-angulares.

La asociación de la depresión con los procesos inflamatorios también ha dado nacimiento a nuevas aproximaciones terapéuticas, en particular el descubrimiento de que las drogas anti-inflamatorias no esteroides (NSAD o AINE), especialmente la aspirina, pueden demostrar ser útiles en el manejo clínico de la depresión y, también, que los mismos antidepresivos poseen propiedades antiinflamatorias. En estudios con animales de laboratorio, la aspirina mostró actuar sobre la neurotransmisión serotoninérgica, tener efectos neuroprotectores y acelerar y potenciar la respuesta antidepresiva a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina ISRS (6).

En estudios clínicos se halló que la aspirina acorta la latencia para el comienzo de la acción y aumenta los efectos terapéuticos de las drogas antidepresivas



en pacientes con depresión mayor, hasta el punto de que podría ser considerada como una herramienta útil para potenciar el tratamiento antidepressivo (24). Los mecanismos de los efectos terapéuticos de la aspirina en la depresión pueden involucrar el aumento de la expresión del BDNF, reducir la activación del HPA o cambiar los niveles de 5-HT/glutamato en el cerebro. Es probable que una ulterior investigación sobre estos mecanismos circunscriba mejor el uso clínico potencial de la aspirina -y quizás también de otros NSAD- en el manejo de la depresión, incluyendo el desarrollo de nuevas estrategias de potenciación.

Existen también estudios promisorios centrados en el potencial terapéutico de drogas e intervenciones dirigidas a la manipulación del sistema glutamato/NMDA en la depresión (35). Han sido exploradas diferentes estrategias en el intento de reducir la actividad glutamatérgica. Estas han incluido tanto inhibidores de la liberación del glutamato como intensificadores de la recaptación de glutamato. También se revisaron drogas que actúan tanto como antagonistas NMDA o potenciadores del glutamato AMPA. Se requieren nuevas investigaciones antes de que estos abordajes neuroquímicos puedan ser considerados en estudios clínicos, pero parece ser solo cuestión de tiempo antes de que las drogas que actúan específicamente sobre la función glutamato/NMDA eventualmente se unan al armamento antidepressivo.

Conclusiones

La creciente evidencia de que la depresión puede conducir a la demencia, asociada a la mejor comprensión de los mecanismos biológicos implicados, da un énfasis renovado a la necesidad de tratar a los pacientes tan pronto y tan efectivamente como sea posible. Es probable que la mayoría de los tratamientos para la depresión actualmente disponibles permanezcan

vigentes en los años venideros, aunque hay muchos indicios de que los nuevos abordajes neuroquímicos cambiarán gradualmente y que, quizás en un tiempo, reemplazarán totalmente al repertorio antidepressivo de hoy.

Más allá de los límites de la teoría monoamínica, se ve ahora que la depresión implica virtualmente a todo el sistema nervioso central así como las principales funciones corporales sistémicas, incluyendo la regulación neuroendocrina, el sistema inmune y los ritmos biológicos. Para ser verdaderamente efectivos, los abordajes terapéuticos modernos tienen que ser tan amplios como la enfermedad que pretenden tratar. Más aún, el punto de vista de que la depresión es un trastorno crónico o recurrente -y uno que es cada vez más visto con el sello distintivo de una enfermedad neurodegenerativa- también significa que cualquier tratamiento para la depresión debería ser planeado y diseñado para ser suministrado a largo plazo.

Además de los muchos compuestos antidepressivos ya disponibles y de los métodos psicoterapéuticos que han probado ser útiles en la depresión, en particular la terapia cognitivo-conductual, ahora se les puede prescribir a los pacientes terapia de ejercicio, con la comprensión de que se trata también de un tratamiento biológico para la depresión. En tanto que la base empírica y los fundamentos para las estrategias de potenciación innovadoras están justificados, están llegando al mercado nuevas drogas, dotadas de modos de acción originales, que pueden mejorar y, posiblemente, reemplazar a las ya existentes. A medida que una nueva generación de tratamientos somáticos gana reconocimiento y se vuelve accesible, las soluciones clínicas promisorias para la totalidad del espectro de trastornos depresivos pueden ser buscadas a partir de un repertorio de métodos antidepressivos que siempre se amplía, la mayor parte de los cuales son mutuamente compatibles y se refuerzan.



Claramente, aún quedan muchas brechas en los diferentes modelos neuroquímicos disponibles y, hasta ahora, no hay a la vista ningún modelo biológico unificado de la depresión. Sin embargo, en tanto estos modelos se vuelven más completos e integrados, las estrategias de tratamiento a las que darán origen deberán ser necesariamente multifacéticas e interactivas. Una nueva comprensión de la patogénesis de

la depresión está destinada a generar nuevos y seductores discernimientos sobre los aspectos multidimensionales de esta compleja enfermedad sistémica, neuroendocrina e inmune. También permitirá a los médicos formular planes de tratamiento que combinen en forma sinérgica varios elementos, con el fin de ir al encuentro de las necesidades clínicas individuales específicas de los pacientes bajo su cuidado ■

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edition (DSM-IV). Washington DC, American Psychiatric Association, 1994.
2. Arendt J. Melatonin: a new probe in psychiatric investigation? *Br J Psychiatry* 1989; 155: 585-590.
3. Ban TA, Healey D, Shorter E. The Rise of Psychopharmacology and the Story of the CINP. Budapest, Animula, 1998.
4. Becker S, Wojtowicz JM. A model of hippocampal neurogenesis in memory and mood disorders. *Trends Cogn Sci* 2007; 11: 70-76.
5. Broadhurst A. Before and after imipramine. En: Healey D (ed). *The Psychopharmacologists*. London: Altman; 1996. p. 111-134.
6. Brunello N, Alboni S, Capone G, Benatti C, Blom JMC, Tascetta F, Kriwin P, Mendlewicz. Acetylsalicylic acid accelerates the antidepressant effect of fluoxetine in the chronic escape deficit model of depression. *Int Clin Psychopharmacol* 2006; 21: 219-225.

7. Bunney WE, Bunney BG. Molecular clock genes in man and lower animals: possible implications for circadian abnormalities in depression. *Neuropsychopharmacol* 2000; 22: 335-345.
8. Camprubi M, Dratcu L. Evidence-based management of schizophrenia. *Br J Hosp Med* 2004; 65: 201-205.
9. Danese A, Pariante CM, Caspi A, Taylor A, Poulton R. Childhood maltreatment predicts adult inflammation in a life-course study. *Proceedings of the National Academy of Neurosciences of the United States of America* 2007; 104: 1319-1324.
10. Dratcu L. Treating depression? All secrets exposed! The tricks of the trade. *Vertex* 2004; 15: 196-207.
11. Dratcu L. Why physical exercise should be prescribed in panic disorder. En: Johansen MD (ed) Exercise and health research. New York: Nova Science; 2007. p. 37-70.
12. Dubrovsky B. Neurobiology of depression and stress syndromes. Focus on active neurosteroids and neurosteroids. *Vertex Rev Arg de Psiqu* 2004; 15: 183-195.
13. Evans D. Placebo. Mind over matter in modern medicine. Oxford, Oxford University Press, 2004.
14. George MS, Kozel FA. Other antidepressant therapies: light therapy, ECT, TMS, VNS. En: Potokar J & Thase M (eds). *Advances in the Management and Treatment of Depression*. London: Martin Dunitz; 2003. p. 105-125.
15. Gold SM, Schultz KH, Hartmann S, Mladek M, Lang UE, Hellwe R, Reer R, Braumann KM, Heesen C. Basal serum levels and reactivity of nerve growth factor and brain-derived neurotrophic factor to standardized acute exercise in multiple sclerosis and controls. *J Neuroimmunol* 2003; 138: 99-105.
16. Gould TD, Gray NA, Manji HK. Cellular neurobiology of severe mood and anxiety disorders. En: Charney DS (ed). *Molecular Biology for the Clinician*. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2003. p. 123-200.
17. Griffin E, Foley C, Mullally S, O'Mara S, Kelly A. The effect of acute exercise on hippocampal based learning and serum growth factor concentration in sedentary young men. *Eur Neuropsychopharmacol* 2007; 17 (suppl 4): S185.
18. Hetzel G, Moeller O, Evers S, Erfurth A, Ponath G, Arolt V, Rothermundt M. The astroglial protein S100B and visually-evoked event-related potentials before and after antidepressant treatment. *Psychopharmacology* 2005; 178: 161-166.
19. Kaptchuk TJ, Kelley JM, Conboy LA, Davis RB, Kerr CE, Jacobson EE, Kirsch I, Schyner RN, Nam BH, Nguyen LT, et al. Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. *Br Med J* 2008; 336: 999-1003.
20. Krishnan KR. Revisiting monoamine reuptake inhibitors. *J Clin Psychiatry* 2007; 68 (suppl 8): 35-41.
21. Leonard BE. Inflammation, depression and dementia: are they connected? *Neurochem Res* 2007; 32: 1749-1757.
22. Lewy A J. Circadian phase sleep and mood disorders. En: *Neuropsychopharmacology – the Fifth Generation of Progress*. Davies KL, Charney D, Coyle JT, Nemeroff C (eds). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. p. 1879-1893.
23. Matrisciano F, Bonaccorso S, Ricciardi A, Scaccianoce S, Panaccione I, Wang L, Ruberto A, Tatarelli R, Nicoletti F, Girardi P, Shelton RC. Changes in BDNF serum levels in patients with major depressive disorder (MDD) after 6 months treatment with sertraline, escitalopram, or venlafaxine. *J Psychiatr Res* 2008; [ahead of print]
24. Mendlewicz J, Kriwin P, Oswald P, Souery D, Alboni S, Brunello N. Shortened onset of action of antidepressants in major depression using acetylsalicylic acid augmentation: a pilot open-label study. *Int Clin Psychopharmacol* 2006; 21: 227-231.
25. Montgomery SA. Major depressive disorders: clinical efficacy and tolerability of agomelatine, a new melatonergic agent. *Eur Neuropsychopharmacol* 2006; 16 (suppl 5): S663.
26. Montgomery SA. The under-recognized role of dopamine in the treatment of major depressive disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2008; 23: 63-69.
27. Nutt D, Demyttenaere K, Janka Z, Aarre T, Bourin M, Canonic PL, Carrasco JL, Stahl S. The other face of depression, reduced positive affect: the role of catecholamines in causation and cure. *J Psychopharmacol* 2007; 21: 461-471.
28. Pae CU, Serretti A, Patkar AA, Masand PS. Aripiprazole in the treatment of depressive and anxiety disorders: a review of current evidence. *CNS Drugs* 2008; 22: 367-388.
29. Papakostas GI, Shelton RC, Smith J, Fava M. Augmentation of antidepressants with atypical antipsychotic medications for treatment-resistant major depressive disorder: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: 826-831.
30. Porter R, Gallagher D, Thompson JM, Young AH. Neurocognitive impairment in drug-free patients with major depressive disorder. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 214-220.
31. Song C, Leonard BE. *Fundamentals of psychoneuroimmunology*. Chichester, John Wiley & Sons, Ltd, 2000.
32. Van Praag H, Shuber T, Zhao C, Gage FH. Exercise enhances learning and hippocampal neurogenesis in aged mice. *J Neurosci* 2005; 25: 8680-8685.
33. Vaynman S, Ying Z, Yin D, Gomez-Pinilla F. Exercise differentially regulates synaptic proteins associated to the function of BDNF. *Brain Res* 2005; 1070: 124-130.
34. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, World Health Organization, 1992.
35. Zarate CA Jr, Singh J, Manji HK. Cellular plasticity cascades: targets for the development of novel therapeutics for bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2006; 59: 1006-1020.

Epistemología de la época actual y saber psiquiátrico. Las características de la modernidad tardía: post e hiper

Juan Carlos Fantin

*Psiquiatra. Psicoanalista. Vicepresidente del Capítulo de Historia y Epistemología de la Psiquiatría de APSA. Secretario Científico de la AASM. Médico de planta y Secretario del comité de bioética del Htal. "T. Álvarez". Docente autorizado UBA.
jcfantin@ciudad.com.ar*

Introducción

Las características de la postmodernidad fueron bien definidas por Lyotard como la pérdida de credibilidad de los sistemas progresistas (caída de los grandes relatos sostenedores del futuro), la preeminencia de las normas de eficacia, la comercialización del saber, la crisis de legitimación provocada por la coexistencia de contradicciones, o mejor, por el sustento mismo de las 'inconsistencias' de los sistemas –sociales o naturales. Mas, si bien la postmodernidad

revela estas inconsistencias, ella misma –apunta Lyotard- “es extraña a la positividad ciega de la deslegitimación”; justamente dicha legitimación era patrimonio de aquellos metarrelatos cuya caída celebra la postmodernidad. (19)

De este modo, Lipovetsky, lee el planteo de Lyotard como “un traslado del futuro al presente”, el predominio de la legitimación basado en la eficien-

Resumen

El autor explora los conceptos de la modernidad tardía, postmodernidad e hipermodernidad, así como los planteos en relación a la racionalidad científica. Desde una lectura epistemológica, discute luego el lugar del saber científico en relación a la época actual, a fin de mostrar como el saber psiquiátrico, ha reflejado estas cuestiones a lo largo de su historia, y vuelve a hacerlo en el momento presente.

Palabras clave: Epistemología – Postmodernidad – Hipermodernidad - Psiquiatría.

CONTEMPORARY EPISTEMOLOGY AND PSYCHIATRIC KNOWLEDGE. CHARACTERISTICS OF LATE MODERNITY: POST AND HYPER

Summary

The author explores the concept of late modernity, postmodernity and hypermodernity, as well as matters of scientific rationality.

He discusses the current scientific knowledge from an epistemological viewpoint, in order to prove that psychiatric knowledge has reflected these questions throughout history and so it still does.

Keywords: Epistemology – Postmodernity – Hypermodernity – Psychiatry.

cia se corresponde con el 'aquí y ahora' (*hic et nunc*). Y agrega claramente la tesis, según la cual, no puede comprenderse la caída ruinosa de la modernidad, solamente con las terribles catástrofes a que nos llevara la confianza ciega en sus relatos; sino que surgieron para el hombre posmoderno, además, "nuevas perspectivas de existencia", que define del modo siguiente: "una economía de consumo y comunicación de masas, el relevo de una sociedad rigorista y disciplinaria por una "sociedad moda", reestructurada de arriba abajo por las técnicas de lo efímero, la renovación y la seducción permanente" (novedad, erotismo, tiempo libre, etc.).

Luego el autor parece retomar a Lacan, cuando resume "la sacralización del goce sin prohibiciones sin preocupaciones por el mañana", que trae aparejado una absolutización del presente, un "*carpe diem* contestatario y consumista"(18).

Pero, para el autor, la postmodernidad también ha pasado. El tiempo actual de "turbocapitalismo" y de lo 'hiper' (hipermercados, hiperpoblaciones, etc.) ha "cambiado su tonalidad emocional". Nosotros podríamos hablar del surgimiento de una angustia generalizada, puesto que el hombre posmoderno sufre una "inseguridad cada vez mayor, la salud es una obsesión de masas, preocupa el terrorismo, las catástrofes y las epidemias. Ya no se cuenta con el sentimiento de liberación que presagiaban las luchas sociales, y la visión adquiere reflejos de paranoia: protección, seguridad, defensa de las conquistas sociales, urgencia humanitaria y salvaguarda del planeta (6).

Tomando el tiempo nuevamente como referencia, el autor del concepto de hipermoderno, habla no ya de un presente absolutizado, sino del retorno del futuro; pero de un futuro que ya no corresponde al del progreso como emancipador y beatificador de la condición humana. Dicho futuro, resulta ambivalente y problemático: puede presagiar un tiempo mejor tanto como una cadena de catástrofes. Las perspectivas de existencia de la hipermodernidad no resultan tanto en un *carpe diem*, sino en la inquietud, en la angustia, por el futuro incierto y riesgoso. Con el pasado sucede algo semejante, que Lipovetsky denomina el "pasado revisitado": en lugar del presente absoluto, tenemos un "presente paradójico", en tanto formas del pasado se encarnan en este presente angustioso con solicitud y renovado prestigio. (18)

Si aceptamos esta descripción de los tiempos actuales, turbo e hipersimultáneo, que conlleva a la reaparición de lo temporal en la forma de un futuro incierto y peligroso para un presente paradójico, la comparación con aquel párrafo de Heidegger de 1937, en su "Introducción a la metafísica", renueva su calificación de presagio. (9)

"Cuando el más apartado rincón del globo haya sido técnicamente conquistado y económicamente

explotado; cuando un suceso cualquiera sea rápidamente accesible en un lugar cualquiera y en un tiempo cualquiera; cuando se puedan "experimentar", simultáneamente, el atentado a un rey, en Francia, y un concierto sinfónico en Tokio; cuando el tiempo sólo sea rapidez, instantaneidad y simultaneidad, mientras que lo temporal, entendido como acontecer histórico, haya desaparecido de la existencia de todos los pueblos; cuando el boxeador rijan como el gran hombre de una nación; cuando en número de millones triunfen las masas reunidas en asambleas populares –entonces, justamente entonces, volverán a atravesar todo este aquelarre, como fantasmas, las preguntas: ¿para qué? - ¿hacia dónde? - ¿y después qué?".

Heidegger apunta a un mundo en que la esencia 'técnica' de la modernidad se haya desplegado totalmente, y con ello presagia aspectos que están siendo pensados y discutidos en la actualidad; a saber: el mundo todo puesto al servicio de responder a un proyecto racionalizado y calculado para que arroje los resultados atinentes a mis intereses, ciegos a la naturaleza de este mundo, a su pasado y a su porvenir. Un tiempo que ya no es el de un sujeto particular, sino que es 'cualquiera', desujetivante y cosificador; la simultaneidad y la instantaneidad como característica –el fin de la historia- en detrimento de lo temporal, que cualifica y diversifica (por ejemplo, 'todos consumidores' es también un efecto de esta racionalidad sin tiempo). En fin, la pérdida de las categorías determinantes de los vínculos dentro del 'lazo social', y el surgimiento del espectáculo y su showman como industrias masificadoras.

Sin embargo, el filósofo concluía que de la 'inquietud', o más adecuado aún, de la angustia, pueden surgir las preguntas fundamentales de todo acontecer de la existencia humana. Sobre éstas deben buscarse las respuestas.

El avance tecnocientífico

Ahora bien, si el enorme avance tecnocientífico está a la base y sustenta todas estas transformaciones de las "reglas de juego" (Lyotard), ¿qué ha ocurrido con el 'relato' científico? ¿y en qué situación se halla el mismo en los tiempos actuales?

La serie de cuestionamientos al conocimiento científico, surge de una 'crisis de legitimación' del mismo, donde la ciencia no puede sustraerse al problema que engendró la postmodernidad y, más aún, la hipermodernidad. No sólo no puede sustraerse al mismo, sino que, si seguimos a Heidegger, los experimenta en estado puro, ya que su esencia técnico moderna es la que se halla a la base de dicha crisis y sus cuestionamientos. (10)

Nos parece que la crisis de legitimación hay que orientarla en dos direcciones, diremos, una externa

y otra interna; aunque siempre con fines didácticos, pues adherimos a la tesis que el discurso científico, no está aislado ni es un metadiscursio sustentador de cualquier otro proyecto humano. (20, 14)

Una vertiente de la crisis de legitimación lo constituye, a nuestro juicio, el divorcio respecto de la ética imaginaria, con la que se impuso la técnica moderna: "mejorar la suerte del hombre en la tierra". En aquel contexto, significaba un saber sin contradicciones, sin incertidumbres. (5) Puesto que, el saber medieval había llegado a una crisis oscurantista y desde todo punto de vista reprochable, la propuesta poseía un aval ético: mayor justicia, libertad y posibilidades de bienestar para todos (la *eudaimonía* aristotélica, el bien al que todo ser humano aspira, según el gran filósofo griego). (2)

El recelo creciente con que el avance científico es mirado cada vez más, al menos, desde la mitad del siglo XIX, hasta la decidida desconfianza del siglo XX, no es por haber fallado en sus avances tecnológicos, sino porque dicho avance mostró su contradicción en el plano ético y desmintió su promesa originaria. La poderosa maquinaria que representa el saber científico tecnológico, fue y es usada tanto para el bien como para el mal, casi simultáneamente (como si, desde su nacimiento, tanto Dios como el Diabolo abusaran de ella).

La contradicción 'interna' puede ser expresada del modo siguiente: el saber que debía ser legitimador de todo, aún de la vida social y de las conductas de los hombres, como quería el positivismo comtiano (17), no puede legitimarse a sí mismo (cae en el prejuicio), y debe recurrir a otros discursos, que debían ser legitimados por él para legitimarse. ¿Qué ocurrió?

Lo real (material) y el lenguaje (científico) se muestran como dos órdenes separados y diferenciados; y más aún, tampoco se hallan definidos en sí mismos, no representan sistemas cerrados, determinados, cuyo conocimiento no presente incertidumbres. Pues, la materia muestra fenómenos de 'creatividad', de 'historicidad', en los sistemas alejados del equilibrio (las 'estructuras disipativas' de Prigogine, el Caos determinista, la física cuántica) (23); y el lenguaje, dicta propias reglas, ciegas al hombre pero eficaces en él. (15) Los científicos comienzan a aceptar ya lo primero, parece ser más controvertido lo segundo.

De todos modos, desde la posguerra el problema que surge en el último medio siglo (llámese modernidad tardía, postmodernidad o hipermodernidad), es que no vemos la manera de acabar la rabia sin matar al perro. Es decir, ¿quién renunciaría a los conocimientos tecnocientíficos que devuelven la vista a su hijo, o le permiten verlo y hablar al otro lado del mundo?, pero a la vez ¿quién no aborrece el enorme poder destructivo y silencioso (a veces) que extermina directamente o por los terribles estragos que ocasiona? (por ejemplo, agujerear la atmósfera o producir cáncer); ¿o

la incertidumbre de que escapen de control las enormes fuerzas desatadas? ¿Cuánto más podemos hacer en ambos sentidos?

La humanidad parece actuar como si fuera necesario el maniqueísmo tecnocientífico. Pero allí se expresa el problema central de la época actual, puesto que el descubrimiento de la incertidumbre y la inconsistencia de los sistemas, así como la denuncia del 'problema ético', pertenecen a la modernidad tardía; pero la complacencia, la resignación y la negación del problema, son de la postmodernidad, que se torna angustiada e inquietante en la época actual (la hiper de Lipovetsky).

El saber psiquiátrico: epicentro problemático

Uno de los episodios del momento actual en ciencias, lo encontramos en el seno mismo del saber psiquiátrico, a mi juicio, de modo eminente. A punto tal que dicho saber parece responder, y en ocasiones preceder, a las 'revoluciones' y 'crisis' científicas y sociales. No puede ser de otro modo si se piensa, siguiendo a Lanteri Laura, que la psiquiatría tiene una doble pertenencia histórico social: a la medicina de su tiempo, y a las representaciones socio culturales del mismo, acerca de la locura. (16)

Alrededor de la revolución industrial (mediados del siglo XIX), el progreso científico de la medicina, así como el individualismo social y el evolutivismo filosófico, se hacen sentir en el seno de la psiquiatría (en rigor, aún 'alienismo'), y ésta reclama un lugar en la medicina. En la voz de Falret, la psiquiatría se ha quedado rezagada porque no define sus enfermedades como entidades diferenciadas (con su inicio, su evolución, su período final, su diagnóstico y tratamiento específico). Siguiendo el paradigma científico natural, se adopta severamente la observación y la descripción, junto a la investigación científica. (16, 22)

Buena parte del padecimiento anímico, es entonces clasificado y tratado, siguiendo cánones estrictamente ligados a una medicina cada vez más científico naturalista, confiada en el progreso indefinido del conocimiento y su autolegitimación. Pero buena parte también, del padecimiento anímico, queda fuera de la psiquiatría así entendida, el médico no puede darle ninguna solución, y el mismo aumenta en la medida que se acerca la primera descomunal catástrofe de la era tecnocientífica: la Primera guerra mundial.

El advenimiento del psicoanálisis viene a sistematizar, y dar una respuesta, al espectro del padecimiento que la psiquiatría dejara por fuera de sus posibilidades, y a dar cabida a la escucha del sufrimiento anímico. Muchos psiquiatras comienzan a abrazar, con mayor o menor compromiso, los postulados freudianos, y el reclamo de una reconsideración de la nosografía psiquiátrica, aún en el terreno de las psicosis, su territorio principal, no se hace esperar. En

1917, se publica el planteo de Bleuler, aplicando los conceptos de Freud a la demencia precoz, que sostiene la necesidad de un 'principio' articulador, para definir y comprender el cuadro psicopatológico de la entidad. Bleuler propone así llamarla *esquizofrenia*, nombre que, como sabemos, se impuso a la posteridad. (4) La psiquiatría reclama ya un principio que no es sensible ni experimental, sino teórico (Véase mi trabajo sobre positivismo y psiquiatría). (7)

Poco después, en la década siguiente, la epistemología de mayor expresión positivista científica, el positivismo lógico, mostraba su crisis de legitimación de las ciencias duras, sobre bases similares. (3) Luego de la segunda guerra, el método epistemológico de Popper, revalidaría la posición de las teorías en ciencia (método hipotético deductivo), pero dejando la impronta de un discurso nunca absolutamente cierto, siempre pasible de ser refutado. (21, 13)

Retornando a ese primer tercio del siglo XX, las ciencias duras entran en crisis en relación a sus certidumbres respecto de la mecánica newtoniana clásica, y resurgen de la misma en un nuevo paradigma, con teorías como la relatividad y la mecánica cuántica, donde se acepta ya la incertidumbre, elevada al rango de principio.

En tanto la psiquiatría renueva sus investigaciones, sin renunciar a la ciencia médica, pero desarrollando además una fuerte corriente de investigación y prácticas psicoterapéuticas. La psicopatología, con su principal mentor Jaspers, se define en consecuencia como poseedora y veedora de ambas vertientes (psicopatología comprensiva y explicativa, las llama el psiquiatra filósofo). (12)

Para la posguerra, la psiquiatría alberga en su seno la exaltación posmoderna: sostiene y reivindica diversas formas teóricas y terapéuticas que coexisten, invocando su derecho a la libertad y a legitimarse desde sí mismas, rechazando el 'metarrelato' ordenador, entendido como 'disciplinario y represor'.

La epistemología psiquiátrica, que sostiene esta posibilidad múltiple, es la de 'grandes estructuras psicopatológicas', en la que mayormente se coincide. (16)

Todo esto ocasiona un nuevo gran impulso al pensamiento, la investigación, las políticas y las prácticas todas, en una relación interdisciplinaria aceptablemente dialogada (por supuesto, con sus extremos espinosos y divergentes, pero un núcleo común sin mayores cuestionamientos).

Pero el tercer paradigma psiquiátrico desde hace ya varios años vuelve a mostrar su 'crisis', en el mejor sentido en que lo piensa Tomás Kuhn (14), sin que otro tome claramente su lugar. Y... esta es la tesis, refleja el escenario que posee buena parte de las características del llamado "hipermoderno". La hipermodernidad parece latir en la psiquiatría de nuestra época.

De manera vertiginosa surgen moléculas nuevas, psicofármacos que prometen un alivio rápido de los

padecimientos, y una mejora de las posibilidades vitales; pero que generan un futuro vivido como "incierto y riesgoso", por la potencial amenaza de medicalización de la sociedad, la dependencia adictiva, y la desresponsabilización de las conductas.

Respecto del saber psicológico, que ganara enorme desarrollo y consistencia en sus teorías, se muestra una multiplicación de posiciones, que generan una suerte de inconsistencia en el conjunto del saber que, como dice Lyotard, "es extraña a la positividad ciega de la deslegitimación", pero complaciente con una legitimación no siempre rigurosa.

Por otro lado, el encuentro entre la lectura experimental objetiva, y la lectura psicológico subjetiva, ha cobrado nuevos visos de enfrentamiento; en tanto las políticas y las prácticas en torno a ellas mueven intereses diversos (económicos, sociales, legales y éticos) (piénsese en la exclusión y la exigencia de validación legal del psicoanálisis, la presión psicofarmacológica y las terapias ligadas a los cánones de la investigación biológica, las leyes de Salud Mental en contraposición a normativas que generan fuertes desacuerdos, en lugar de acuerdos previos). Aunque se intente eludir la discusión, las colisiones entre las distintas posturas generan un 'presente paradójico', y tendencias paranoides conservadoras, sin que pueda confiarse en un 'metarrelato' ordenador.

En tanto, el saber acerca de lo mental, continúa su camino, pero con un presente no tan definido (salvo que cada uno se encierre en su burbuja, que es otra característica de la época), debiendo aclarar qué debe rescatar de su pasado y hacia dónde dirigir su futuro (piénsese en la multiplicación de las clasificaciones, supuestamente ateóricas, en un corto período de tiempo, la remisión a una clínica rápidamente clásica que ya tampoco puede dar respuestas; o la sospechosa coexistencia de propuestas psicológicas, que son intrínsecamente contrapuestas en cuanto a su concepción del hombre).

Siguiendo a Lanteri Laura, el psiquiatra epistemólogo, la idea de una investigación epistemológica acerca de la Psiquiatría, es "plantearse algunos problemas fundamentales, sin introducir de contrabando algunas soluciones implícitas". (16)

Respecto del preguntar por el nombre de la época. Consideración final

Algo que llama nuestra atención es ver multiplicarse los nombres para dar cuenta de esta Modernidad ya madura (modernidad tardía, postmodernidad, hipermodernidad), y tal vez tanto Heidegger como Freud, puedan ser nuestros predecesores y guías en este camino.

Heidegger es quien da al preguntar por la esencia de la técnica moderna, la posibilidad de poner palabras a lo esencial del momento actual, que anida en la racionalidad científica moderna.

Así como Heidegger colocaba el 'preguntar' en una posición ontológica, es decir, a la base de toda mani-

festación óptica (11), tomaré a Freud como aquel que des-vela el 'acto' de nominación como fundante del lazo social, al renovarse en todo sujeto, ese pasaje del padre a la 'función' el padre. El mito inventado por Freud en "Tótem y Tabú", refleja la dimensión del 'acto' de toda apertura del ser individual al mundo histórico social. (8)

Parece ser dicho acto lo que falta a la época que vivimos, por ello, más que de nombre, carece de 'apellido' (el español, esa lengua que no se aviene muy bien al pragmatismo técnico, según sugiere Jorge Alemán (1), diferencia "nombre" de "apellido" con

dos palabras diversas), carecemos de un nuevo acto fundante, proveedor de la ley que instaure una nueva relación entre la 'razón y la fé', o entre la ciencia y la ética (*entre epistème y éthos*), o entre sociedad e individuo, un nuevo posicionamiento subjetivo dirán, quizás, algunos. Mientras esto no ocurra, sólo tenemos el nombre de la madre Modernidad, más ciertos prefijos para indicar que envejece; en consecuencia, la visión hipermoderna de Lipovetsky o el aquellarre de Heidegger habría que pensarlos con Freud, como el 'goce' feroz y excluyente de un 'padre de horda primitiva' ■

Referencias bibliográficas

1. Alemán, J. y Larriera, S., *Lacan: Heidegger*, Buenos Aires, Del Cifrado, 1996.
2. Aristóteles, *Ética a Nicómaco*, ed. Bilingüe, Madrid, Centro de estudios constitucionales, 1985.
3. Ayer, A. J., *El positivismo lógico*, México, Fondo de cultura económica, 1965.
4. Bleuler, Eugenio, *Demencia precoz*, Buenos Aires, Hormé, 1993.
5. Carpio, Adolfo, *Principios de Filosofía*, Buenos Aires, Glauco, 1982.
6. Díaz, Esther, *Posmodernidad*, Buenos Aires, Biblos, 2005.
7. Fantin, Juan Carlos, *Una perspectiva histórico-epistemológica del problema ontológico del positivismo*, Revista Vertex, Vol. XVI, No 64, Nov-Dic 2005.
8. Freud, Sigmund (1913-1914), "Tótem y tabú", en *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu, 2003.
9. Heidegger, Martín, *Introducción a la metafísica*, Buenos Aires, Nova, 1980.
10. Heidegger, Martín, "La pregunta por la técnica", en *Conferencias y artículos*, Barcelona, España, Ediciones del Serbal, 2001.
11. Heidegger, Martín, *Ser y Tiempo*, México, Fondo de Cultura Económica, 1967.
12. Jaspers, Karl, *Psicopatología General*, Buenos Aires, Beta, 1980.
13. Klimovsky, Gregorio, *Las Desventuras del Conocimiento Científico*, 2ª Edición, Ed. A-Z, Buenos Aires, 1995.
14. Kuhn, Thomas, *La estructura de las revoluciones científicas*, México, Fondo de cultura económica, 1971.
15. Lacan, Jacques, "Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis", en *Escritos*, Argentina, Siglo veintiuno, 1975.
16. Lanteri-Laura, Georges; "Una perspectiva histórica y crítica de los problemas epistemológicos en psiquiatría"; *Revista Textos de psiquiatría francesa*; 2000; Volumen 3; 13-26.
17. Lamanna, Paolo, *Historia de la filosofía* (tomo 3), Buenos Aires Ed. Hachette, 1973.
18. Lipovetsky, Gilles, *Los tiempos hipermodernos*, Barcelona, Anagrama, 2004.
19. Lyotard, Jean-François, *La condición postmoderna*, Argentina, Rei, 1987.
20. Marí, Enrique, *Elementos de epistemología comparada*, Buenos Aires, Puntosur, 1990.
21. Popper, K., *La lógica de la investigación científica*, Buenos Aires, Rei, 1985.
22. Postel, J. y Quérel C, *Historia de la psiquiatría*, México, Fondo de cultura económica, 1987.
23. Prigogine, Ilya, *¿Tan sólo una ilusión?*, Barcelona (España), Tusquets Editores, 1997.



proyecto
suma

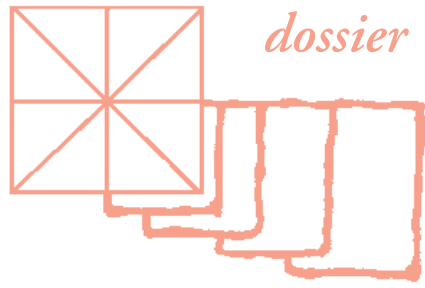
Asistencia y Rehabilitación
en Salud Mental

**Construimos
alternativas
para el alivio,
la recuperación
y la integración
de nuestros
pacientes.**

Asistencia
Rehabilitación
Reinserción social
Docencia e investigación

- > consultorios **externos**
- > hospital **de día**
- > club de **fin de semana**
- > programas **especiales:**
 - adultos mayores
 - personas con trastornos del ánimo
 - personas con esquizofrenia

Dr. Pedro I. Rivera 2985 / (5411) 4543-4100
info@proyectosuma.org / www.proyectosuma.org



CRONICIDAD EN PSIQUIATRÍA

Coordinación
Luis Herbst
Santiago Levin
Daniel Matusevich

En el año 2007 escribíamos en la introducción del dossier «Prejuicio y Estigma en Psiquiatría» que “...la construcción del conocimiento, como es bien sabido, no es ajena al peso relativo de los diferentes factores de poder desde los que se instituyen las subjetividades de cada época. Conocimiento, poder, palabras, exclusión, cronicidad. Subjetividad, inconsciente, comunicación. Marginación, clasificación.”

En este número de Vertex decidimos retomar la cuestión allá donde la dejamos planteándonos uno de los temas más complejos y difíciles de abordar del amplio abanico de la Salud Mental: la cronicidad en Psiquiatría y sus múltiples caras y articulaciones. Comprendemos (y aclaramos) que no es posible agotar un tema semejante en un solo dossier, y ya desde el inicio queda planteada la necesidad de continuarlo en un futuro cercano.

La noción de cronicidad como elemento constitutivo de gran parte del colectivo de las enfermedades mentales, está entre nosotros desde las primeras descripciones clínicas ya sea a través del deterioro progresivo de la personalidad del ser humano que padece esquizofrenia, o de la tristeza ilimitada de aquel que ha sido conquistado definitivamente por la depresión, o se manifiesta por los cambios graduales y crecientes que van transformando la identidad de la persona que sufre alguna de las formas de la demencia.

También podemos pensar el concepto de cronicidad asociado a ciertos modelos de tratamiento que en vez de poner el foco en las fortalezas de la persona hacen hincapié en las debilidades, generando situaciones en donde los pacientes adoptan una posición pasiva con respecto a su padecimiento; desde el lugar de la pasividad se hace por demás difícil sortear la telaraña de prejuicios y estigma que confinan al sujeto sufriente a un eterno presente constituido por las nuevas formas de cronicidad

psiquiátrica. En otras palabras: cierta concepción de la cronicidad en la mente del psiquiatra genera cronicidad en el paciente denominado psiquiátrico.

Esas nuevas formas de cronicidad deben ser pensadas a la luz de variables biológicas y psicológicas pero ese enfoque será absolutamente insuficiente si no se confecciona una agenda donde figuren cuestiones como exclusión social, pobreza, derechos humanos, democracia, participación comunitaria, etc.

En el mencionado trabajo planteábamos que las respuestas a los distintos modos de sufrimiento no pueden estar solo del lado de la ciencia médica, quedando de esa manera los pacientes como meros observadores con la única misión de aguardar a que la “evolución científica” descubra la piedra filosofal que solucione todos los padecimientos. La medicina, por otro lado, no es un conocimiento mágico venido de otro mundo sino una producción humana más: las palabras crean a las cosas que nombran. La fetichización del discurso médico, promovida desde una cultura que transforma a la salud en mercancía, coloca al sujeto que padece en una posición pasiva, a la espera de las nuevas “verdades” por descubrir.

La cronicidad es un problema de múltiples aristas. Es un problema nosológico toda vez que deriva de uno de los ejes clínicos fundamentales en el discurso médico desde Sydenham: la evolución. Pero es también un problema semántico, ético, epistemológico, filosófico...Y desde hace unas décadas, la cronicidad es también un negocio, es una mercancía en sí misma: paciente crónico quiere decir cliente crónico. De la medicina, de la farmacología, de las instituciones médicas.

Si la enfermedad mental es, como decía el maestro Ey, una patología de la libertad, patología en tanto pérdida de la libertad, la cronicidad vendría a ser una forma permanente de esta pérdida. Una pérdida crónica.

Los trabajos y el reportaje que componen este dossier tratan de dar cuenta de estas cuestiones y otras más a través de una serie de ideas, propuestas y revisiones que no carecen de la audacia epistemológica necesaria para conmover las visiones convencionales y generar la necesaria polémica y discusión entre colegas, meta fundamental de toda producción científica.

Silvia Wikinski analiza de manera pormenorizada y con abundante bibliografía de última generación en qué medida los tratamientos farmacológicos inciden en el curso crónico de las esquizofrenias y las depresiones unipolares; trabajo que si bien pone el acento en las cuestiones farmacológicas no desdeña otras miradas, dejando claramente establecido que es muy poco probable que la recuperación de funciones sociales y personales pueda obtenerse únicamente con recursos biológicos, con lo que la autora evita sagazmente caer en los reduccionismos organicistas tan en boga en estos tiempos. Significativamente y de manera llamativa el último apartado del trabajo se denomina "esperanzas", dejando una puerta abierta para la ilusión de que el paradigma monoaminérgico finalmente pueda ser superado y complementado por otros paradigmas que traigan alivio para aquellos que hoy no se benefician con los recursos disponibles. Sin duda, si es que eso ocurre y se asocia a los aportes psicosociales, el horizonte no lucirá tan oscuro.

Gustavo Pablo Rossi realiza un recorrido detallado en el que no se puede soslayar la influencia de Michael Foucault para analizar una serie de vectores que abarcan al paciente, a las instituciones y al contexto geopolítico condicionante.

Vale la pena detenerse en el minucioso análisis que realiza el autor cuando diferencia cronicidad de exclusión y de institucionalización; la lectura que realiza Rossi es netamente política y es en la intersección entre política y clínica donde el trabajo muestra sus mayores hallazgos.

El recorrido teórico es sorprendente, así como también la capacidad para relacionar autores tan disímiles como David Healy, Diana Cohen Agrest, Patrick Declerck y Eric Laurent; el final del artículo es un llamado a prestar atención a la dimensión político-cultural de la cuestión, "...para que en esto no se nos vaya la vida, la nuestra y la de los sujetos llamados pacientes."

El reportaje-relato al profesor Norberto Aldo Conti es una historia de aliento épico que cuenta la transformación de un espacio de pacientes crónicos/cronificados en un espacio de posibilidades de tratamiento que hace estallar en mil pedazos el paradigma asilar. Transformación no exenta de resistencias y contradicciones, pero inspirada en el ideal de generar cambios reales a partir de las convicciones (que algunos se contentan con mantener en el limbo de lo aún-no-posible).

No puede pasarse por alto el fragmento dedicado

a diferenciar la patología crónica psiquiátrica, de, por ejemplo la diabetes: ahí Conti relaciona de manera profunda cronicidad y estigma, las dos caras de la misma moneda que condenan a quienes así son denominados al infierno de los marginados sociales: los terapeutas les escapan, las familias los abandonan, los empleadores no quieren saber nada con ellos, etc.

Daniel Matusevich explora la construcción social de la demencia, para lo cual realiza un recorrido bibliográfico y argumental fuera de todo lugar común. El texto resultante es un entrecruzamiento entre lo médico y lo sociológico, lo político y lo cultural, lo filosófico y hasta lo artístico. Augé, Sacks, King, Franzen, Post, Aquilina, Hughes son algunos de los autores visitados. Particularmente escalofriante resulta la comparación de los sujetos que padecen de alguna de las formas de la demencia y los zombies de las películas de George Romero: subhumanos que habitan una "dimensión desconocida" entre la vida y la muerte.

El trabajo culmina con una crítica de la "sociedad hipercognitiva" (concepto de Stephen Post), que prescribe un solo modo de ser en el mundo en el que los sujetos con demencia no tienen cabida, modelo al que se contraponen el ideal de una "cultura de la demencia" que postula el "estar con" como alternativa al "hacer para".

El trabajo de Luis Herbst se propone poner en tela de juicio la concepción de la cronicidad como un estado clínico inmodificable, cristalizado, con estudios de alto nivel de evidencia. Estos estudios demuestran que la clínica de enfermedades crónicas es modificable con intervenciones psicosociales o psicofarmacológicas. De este modo, la idea de cronicidad como estado cristalizado se revela como una creencia o un prejuicio, y no como una descripción de la clínica basada en la evidencia científica. A partir de este punto se trabaja el impacto estigmatizante que tiene en la clínica y en la vida de los pacientes que un profesional de la salud mental opere en su práctica con concepciones clínicas basadas en creencias sin base científica. Abre la posibilidad de pensar el estigma y la discriminación a partir de los psiquiatras y psicólogos como consecuencia de sus prejuicios. Plantea la hipótesis de que habría una cronicidad que no estaría relacionada con las posibilidades de evolución clínica sino más bien con la imposibilidad de ofrecer posibilidades por parte de los profesionales de la Salud Mental.

La lectura de este original ensayo nos deja con la sensación de que los trabajos apoyados exclusivamente en metodologías de tipo cuantitativo y en cierto tipo de "evidencia" se alejan notablemente de la posibilidad de constituir una psiquiatría con alma, que se acerque al sujeto sufriente y en cambio nos presentan a una psiquiatría desnortada, que gira en círculos formados por paradigmas agotados hace ya tiempo ■

De la estabilización sintomática a la recuperación funcional en el tratamiento farmacológico de la Esquizofrenia y la Depresión Unipolar

Silvia Wikinski

*Instituto de Investigaciones Farmacológicas (CONICET-UBA)
Proyecto SUMA, Asistencia y Rehabilitación en Salud Mental
1ª Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, UBA
E-mail: swikinsk@ffyb.uba.ar*

Introducción

La caracterización de un trastorno mental como crónico lleva consigo consideraciones clínicas y psicopatológicas, impacta en la formulación de los planes terapéuticos diseñados para cada paciente e incluso en el diseño de las políticas de salud. Si bien hay algunas enfermedades mentales, como la esquizofrenia, cuya

Resumen

Este trabajo revisa en qué medida el tratamiento farmacológico incide en el curso crónico de la esquizofrenia y de la depresión unipolar. Se propone contestar tres preguntas: ¿produce la curación del trastorno?; ¿incide significativamente en su evolución sintomática?; ¿limita o modifica sustancialmente la discapacidad resultante?

A partir de analizar conceptualmente la bibliografía disponible, se concluye que los antipsicóticos mejoran el curso sintomático de la esquizofrenia, aunque su eficacia es limitada, y que no tienen incidencia en la discapacidad que acompaña al trastorno. Con respecto a la depresión se observa que un porcentaje importante de pacientes permanece sintomático a pesar de recibir tratamientos adecuados. No hay datos acerca de la eficacia de la farmacoterapia en la potencial discapacidad resultante de la depresión unipolar.

Palabras clave: Cronicidad - Curso temporal de los trastornos mentales - Efecto a largo plazo de los antidepresivos - Efecto a largo plazo de los antipsicóticos.

FROM SYMPTOMATIC STABILITY TO FUNCTIONAL RECOVERY IN THE PHARMACOLOGICAL TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA AND UNIPOLAR DEPRESSION

Summary

This work summarizes the efficacy of pharmacotherapy in the chronic course of schizophrenia and unipolar depression. It is aimed to answer three questions: does it cure these diseases? Does it exert any significant effect on the symptomatic presentation of the disorders? Which is its action on the social dysfunction provoked by schizophrenia or depression?

A conceptual analysis of available bibliography was performed. It could be concluded that antipsychotics improve the symptomatic course of schizophrenia, although their efficacy is limited, and that these drugs does not act on the social dysfunction provoked by the disease. With respect to depression, it could be concluded that a significant proportion of patients remain symptomatic despite receiving adequate treatments. No data about efficacy of pharmacotherapy on the dysfunction resultant from unipolar depression is available.

Key words: Chronicity - Time-course of mental disorders - Long-term effect of antidepressants - Long-term effect of antipsychotics.

característica crónica hoy en día es aceptada, hay otras, como la depresión, en las que la cronicidad no está claramente establecida. Una consecuencia directa de esto es que la duración de los tratamientos, o los porcentajes de cobertura de los medicamentos empleados en su tratamiento se ven limitados. L. Bachrach (6) señala que hay tres criterios que pueden servir para definir si una enfermedad es o no crónica: el diagnóstico en sí mismo (hay patologías cuya evolución crónica es aceptada), la duración del estado sintomático y la discapacidad que resulta de ambos.

Este trabajo se propone discutir en qué medida la farmacoterapia es capaz de modificar el curso crónico de los trastornos mentales. Por lo tanto, si tomamos los tres criterios propuestos por Bachrach para definir cronicidad, cuando nos preguntamos cuál es el efecto que tiene la farmacoterapia en la cronicidad de las enfermedades mentales deberíamos en verdad formularnos tres preguntas: cuál es el efecto que tiene en la patología en sí misma, cuál el que tiene en su expresión sintomática a lo largo del tiempo y cuál el que tiene en la discapacidad resultante, en caso de que esta existiera. Esto es: ¿el tratamiento farmacológico ejerce un efecto tal que la enfermedad se cura? o ¿transforma su manifestación sintomática en forma duradera? o ¿disminuye o corrige completamente la discapacidad resultante de la enfermedad?

Analizaremos la evidencia disponible, que desde ya adelantamos que es escasa, para dos de las enfermedades mentales severas: esquizofrenia y depresión unipolar. La hipótesis que guía esta revisión es que en las enfermedades mentales mencionadas el tratamiento farmacológico: a) no cura la enfermedad, es decir que no incide en su diagnóstico y b) puede modificar la evolución sintomática. Respecto del efecto que tiene sobre la discapacidad resultante veremos que la evidencia disponible es escasa, pero cuando la hay resulta desalentadora.

Aclaración metodológica

La búsqueda bibliográfica en que se basa este trabajo empleó como palabras clave "cronicidad", "evolución a largo plazo", "esquizofrenia", "depresión", "depresión mayor", "depresión unipolar", todas ellas en asociación con "farmacoterapia" o "tratamiento farmacológico" o "antipsicóticos" o "antidepresivos". También se realizó una búsqueda con los términos "historia natural" o "curso temporal" asociado a las enfermedades mencionadas y a "farmacoterapia". Se empleó para ello la base de datos del Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos de América (*Medline*) limitando el período de búsqueda a lo publicado en los últimos 20 años. De los trabajos obtenidos se seleccionaron para realizar la revisión aquellos que evaluaban el efecto del tratamiento farmacológico en la evolución a largo plazo de la esquizofrenia y de la depresión unipolar, tomando como definición de largo plazo un seguimiento de más de 2 años. Por tal motivo, quedaron excluidos prácticamente todos los

ensayos clínicos controlados de duración breve (semanas a 24 meses), cuyo objetivo era evaluar la eficacia o efectividad de distintos abordajes farmacoterapéuticos en la fase aguda o de continuación. Esta revisión no pretende ser exhaustiva, ya que no todos los artículos que surgieron en la búsqueda estuvieron disponibles para su examen. Y tampoco es una revisión cuantitativa, ya que el material bibliográfico obtenido fue sometido a una lectura conceptual que permitiera concluir si la farmacoterapia tiene incidencia en la enfermedad en sí misma (diagnóstico y evolución sintomática) o en la discapacidad que resulta de ella.

Efecto de la farmacoterapia en el cuadro clínico, evolución y discapacidad de pacientes con esquizofrenia

Para conocer la incidencia de una intervención sobre la historia natural de una enfermedad debemos conocer cuál es esta historia natural en ausencia de dicha intervención. Harvey y Davidson (18) señalan que para conocer el curso de la esquizofrenia se requeriría de un ensayo prospectivo, poblacional, en el que una cohorte de personas sea seguida desde su nacimiento, de modo tal de tener la oportunidad de observar el inicio y desarrollo de la patología. Esto resulta metodológicamente inviable, ya que si se considera que la frecuencia de la enfermedad es del 1%, un seguimiento de 10.000 nacidos por 40 años permitiría detectar alrededor de 90 personas con la enfermedad, un número que por un lado resulta insuficiente para dar solidez a cualquier ensayo cuantitativo y que por el otro no se condice con el enorme esfuerzo realizado. Por este y otros motivos, la aproximación científica más frecuentemente empleada para estudiar la evolución natural de la esquizofrenia es comenzar el estudio con una cohorte de sujetos identificados después de su primer episodio psicótico. Desde luego que esta metodología sesga la información disponible, ya que sólo evalúa a quienes formularon una consulta y, es más, a quienes lo hicieron en centros académicos en los que se realizan trabajos de investigación.

Empleando esta metodología se han informado al menos 8 cursos distintos de evolución de la enfermedad. La figura 1 reproduce la publicada por Luc Ciompi en un trabajo ya clásico (8). Más recientemente se ha demostrado que en la evolución juegan un papel importante factores culturales y sociales (2, 10, 27, 30), personales (15, 20, 34), así como familiares o biológicos (3, 4). Nos preguntamos entonces qué efecto tiene la farmacoterapia sobre este complejo y sobre todo heterogéneo entramado.

Las evidencias a favor de la eficacia de la farmacoterapia en el corto plazo (hasta 1 año) son numerosas y conocidas, por lo que no serán citadas aquí. Entonces ¿cuál es el efecto de la farmacoterapia en largo o muy largo plazo? Para responder a esta pregunta habría al menos tres posibles estrategias. La primera y más sólida provendría de ensayos prospectivos que compararan la evolución de pacientes con alta adhe-

Figura 1. Distintos cursos de evolución descritos a partir del estudio de 228 pacientes esquizofrénicos. En la columna de la derecha se expresan los porcentajes en que cada tipo de curso evolutivo se presentó en la muestra estudiada. Traducido de Ciomi, 1980 (8).

	Inicio	Tipo de curso	Estado final	%
1	Agudo	Ondulante	Recuperación o leve	25,4
2	Crónico	Simple	Moderado o severo	24,1
3	Agudo	Ondulante	Moderado o severo	11,9
4	Crónico	Simple	Recuperación o leve	10,1
5	Crónico	Ondulante	Recuperación o leve	9,6
6	Agudo	Simple	Moderado o severo	8,3
7	Crónico	Ondulante	Moderado o severo	5,3
8	Agudo	Simple	Recuperación o leve	5,3

rencia al tratamiento con la de pacientes con alta tasa de interrupciones o baja adherencia al tratamiento. La segunda sería evaluar las consecuencias de suspender el tratamiento. Y la tercera sería un enfoque histórico, en el que se comparara si la evolución de los pacientes esquizofrénicos fue significativamente distinta después del descubrimiento de los antipsicóticos.

Varios trabajos documentan que la adhesión al tratamiento farmacológico se asocia con menor tasa de recaídas y de internaciones, de lo que se deduce que los antipsicóticos tienen un efecto favorable en la evolución de la esquizofrenia estabilizando los síntomas que provocan la internación. En un seguimiento a 1 año se demostró que un cumplimiento un 20% menor del tratamiento implicó un incremento de 3 puntos en la escala PANSS que mide evolución del trastorno (12). El cumplimiento parcial se asocia también con mayores tasas de internación, mayor riesgo suicida, internaciones más prolongadas (29) y peor desempeño en variables de funcionamiento social (5). A pesar de que la mayor parte de los autores coincide con estas conclusiones, las que están plasmadas en las guías de tratamiento más usadas, un trabajo desafía esta postura. Harrow y Jobe realizaron un seguimiento a 15 años de pacientes no medicados, entre los que se incluían 64 con esquizofrenia. Los pacientes fueron evaluados cada 5 años, y se observó que no en todos

los casos la supresión de los antipsicóticos se seguía de recaídas o empeoramientos funcionales (17).

El segundo tipo de evidencia surge de los ensayos de supresión. Éstos parecen confirmar los beneficios del tratamiento continuo. Un metanálisis relativamente reciente, que incluye más de 1000 pacientes, demuestra que la interrupción del tratamiento antipsicótico se acompaña de un aumento significativo del riesgo de sufrir recaídas tanto en el corto como en el largo plazo (1). Resultados del mismo tenor habían sido publicados previamente por Davis y cols. (11) en un metanálisis que incluyó 3500 pacientes (25), así como por otros autores (21, 23). Este efecto es similar ya sea que la supresión se produzca al concluir el tratamiento agudo o durante la fase de mantenimiento.

La tercera evidencia acerca de si la farmacoterapia de la esquizofrenia modifica el curso sintomático de la enfermedad surge de un análisis retrospectivo que toma como base los datos disponibles antes y después de la era psicofarmacológica. En un trabajo clásico Hegarty y cols. (19) revisaron los datos provenientes de 821 estudios sobre la evolución de la esquizofrenia realizados entre 1895 y 1992. Empleando criterios de selección uniformes, finalmente analizan los resultados informados en 320 de los estudios ($n = 51.800$). Calculan el porcentaje medio de mejoría para los trabajos de cada década del último siglo así como el por-

centaje de pacientes que mejoraron al recibir antipsicóticos. Señalan que en promedio sólo el 40% de los pacientes mejoró a consecuencia del tratamiento en un periodo de seguimiento que promedia 5,6 años, un porcentaje bastante modesto en verdad¹. Pero al comparar los porcentajes de pacientes que evolucionan favorablemente antes y después de la introducción de los antipsicóticos, observan diferencias significativas. En el periodo 1895-1955 el porcentaje de mejorías fue del 35,4%, mientras que en el periodo 1956-1985 fue del 48,5%.

Estos tres grupos de evidencias (los trabajos prospectivos, los de supresión y el análisis histórico) sugieren que la farmacoterapia incide favorablemente en la evolución de la enfermedad. Hemos de decir, sin embargo, que aun cuando globalmente es mejor un tratamiento continuo que uno interrumpido, el primero no garantiza una evolución sin tropiezos desde el punto de vista sintomático. Un trabajo reciente que incluyó 4000 pacientes observó que un porcentaje no desdeñable de pacientes (alrededor de un 25%) experimenta recaídas aún bajo tratamiento con antipsicóticos (16).

De los datos expuestos hasta aquí surgen las respuestas a las dos primeras preguntas formuladas en los primeros párrafos de este trabajo: los antipsicóticos mejoran el cuadro clínico y modifican la presentación de la enfermedad pero no intervienen en su evolución crónica, ya que su supresión (por vía de la adherencia parcial o de la supresión lisa y llana) se sigue de una recaída sintomática que muestra el cuadro clínico en toda su crudeza. Quedaría por revisar

si la farmacoterapia incide de manera positiva en un rasgo importante de la cronicidad de la esquizofrenia, la discapacidad social y laboral presente en un porcentaje mayoritario de pacientes.

La evidencia señala en forma unánime que aún cuando la adhesión al tratamiento sea óptima, la inserción social y laboral de los pacientes se ve resentida. Algunos ejemplos de este aserto se resumen a continuación. Lindstrom y cols. (28) realizaron un seguimiento de 225 pacientes tratados con risperidona. Si bien los pacientes permanecieron estables desde el punto de vista sintomático, al concluir el estudio sólo un 12% trabajaba o estudiaba y un 25% no tenía contactos sociales a excepción de los que mantenía con el equipo tratante. Novick y cols. (31), como parte de un gran ensayo multicéntrico que incluyó más de 6000 pacientes ambulatorios, demostraron que sólo el 13% alcanzó una remisión funcional estable en el período máximo de seguimiento, que fue de entre 2 y 3 años. Resultados similares han sido publicados por otros autores (32).

Vemos entonces que, si bien la farmacoterapia estabiliza sintomáticamente a los pacientes, no cambia el curso crónico del padecimiento. Más importante aún es señalar que no todos los pacientes recuperan niveles adecuados de respuesta sintomática, que el tratamiento continuo con antipsicóticos no es garantía de estabilidad y remisión y que, por el momento, la remisión funcional no parece ser un objetivo cumplido por la farmacoterapia. Para este objetivo se han propuesto numerosos abordajes psicosociales.



¹ Este bajo porcentaje puede resultar de una concurrencia compleja de factores, entre los cuales la baja adherencia al tratamiento que caracteriza a la población de pacientes con esquizofrenia debe jugar un papel importante. Llorca (29) plantea que la adhesión al tratamiento no puede ajustarse a la ley del "todo o nada". Por el contrario, la adherencia parcial sería la condición que mejor caracteriza el tratamiento con antipsicóticos en pacientes esquizofrénicos. Cramer y cols. (9) observaron que a lo largo del tiempo, los pacientes tratados con antipsicóticos toman menos del 60% de la dosis indicada.

Efecto de la farmacoterapia en la evolución de pacientes con depresión unipolar

En los últimos años se ha investigado el curso evolutivo de la depresión unipolar. En parte éste se vio estimulado por la polémica entre definiciones categoriales o dimensionales aplicadas a la nosología de los trastornos mentales. Cuanto más "dimensional" sea la perspectiva más se desdibuja la enfermedad dentro del espectro bipolar, cuyo curso crónico es menos discutido que el de la depresión unipolar. En este debate se inscriben muchos de los trabajos que abordan el tema.

Según los criterios de cronicidad propuestos por Bachrach (6) deberíamos considerar que esta enfermedad sigue, en un porcentaje alto de casos, un curso crónico. Dos estudios poblacionales a muy largo plazo (12 y 23 años respectivamente) observaron que un porcentaje significativo de personas sufren depresión en forma crónica o con remisiones y recurrencias repetidas. Eaton y cols. (13) realizaron un seguimiento por un plazo de hasta 23 años de 92 personas de la comunidad en las que en el momento del primer contacto se les diagnosticó depresión. Ellos demuestran que si bien el 50% no tuvo nuevos episodios, el 35% restante sufrió remisiones y recurrencias y el 15% de los afectados no tuvo ningún año libre de síntomas. Estos datos se completan con los resultados presentados por Judd y cols. (22) quienes informan acerca del nivel de síntomas depresivos en 431 pacientes, seguidos a través de registros semanales a lo largo de 12 años. A diferencia de lo informado por Eaton, los individuos que formaron parte de esta muestra eran atendidos en centros

académicos. El 59% de los pacientes estuvo sintomático en algún momento del seguimiento. Al clasificarse la severidad de los síntomas en cuatro niveles (1 a 4, de menor a mayor gravedad), se detectó que sólo un 1% estuvo en el nivel 1 durante todo el seguimiento y que el 27% no estuvo ninguna semana asintomático. Si bien los autores no buscaron correlacionar estos datos con la intensidad o naturaleza de los tratamientos administrados, es de destacar que el 60% de las semanas totales (número de semanas estudiadas multiplicadas por el número de pacientes que formaron parte de la muestra) los pacientes que tenían un nivel sintomático de 4 estuvieron recibiendo medicación, los pacientes en el nivel sintomático 3 recibieron al menos un antidepresivo en el 54% de las semanas y los pacientes en el nivel 3 lo hicieron durante un 51% de las semanas. De lo dicho hasta aquí, vemos que dos ensayos poblacionales muestran con claridad que la depresión se comporta, en un porcentaje importante de quienes la sufren, como una enfermedad crónica. También parece desprenderse de estas observaciones que el tratamiento antidepresivo no ejerce un efecto nítido en la cronicidad del padecimiento.

Esta información no es contradictoria con la eficacia aguda de los antidepresivos, demostrada reiteradamente en un enorme número de ensayos prospectivos. Lo que aquí señalamos es que, al parecer, el tratamiento debe acompañar el curso crónico de la enfermedad, cuando es el caso, y que aún cuando esto se indique, en una subpoblación de pacientes no garantiza periodos prolongados de eutimia.

Algunos autores argumentan que un porcenta-



je mayoritario de pacientes con depresión crónica [alrededor del 67% según Kocsis y cols. (26)] recibe tratamiento insuficiente o, aún peor, no recibe tratamiento. De confirmarse estos datos en otros estudios, deberíamos admitir que no tenemos información válida, fuera de la proporcionada por los ensayos clínicos controlados, para evaluar la eficacia de los antidepresivos para modificar el curso crónico de la enfermedad. Y no la tendremos hasta que la gran cantidad de pacientes que sufren depresión a lo largo de años tenga la oportunidad de recibir el mejor tratamiento disponible, y que su evolución en estas condiciones sea registrada mediante métodos válidos.

¿Y qué dicen los ensayos clínicos controlados? Una revisión sistemática (14) producto del análisis de 31 ensayos clínicos controlados con un total de más de 4400 pacientes, informó que el tratamiento de continuación con antidepresivos por entre 1 y 6 meses disminuyó significativamente la tasa de recaídas en un seguimiento de entre 1 y 3 años, ya que mientras que en el grupo en el cual el antidepresivo se sustituyó por placebo la tasa de recaídas fue del 41%, en el grupo que continuó con droga activa lo fue del 18%. Aparentemente, entonces, la supresión del tratamiento al concluir las fases aguda y de continuación prácticamente triplica el riesgo de sufrir una recaída. Pero debemos también señalar, que la continuidad del mismo no garantiza la eutimia, como lo demuestra la tasa de recaídas informada en las ramas de los ensayos que recibieron droga activa. Como lo discuten los autores y no se nos escapa a nosotros como lectores, una limitación metodológica que bien podría estar contribuyendo a esta alta tasa de recurrencia en los grupos control es, precisamente, la supresión del tratamiento. La supresión, entonces, podría estar actuando como

factor precipitante de recurrencia, más allá de que la enfermedad requiera de tratamiento continuo.

Cuando las cohortes de pacientes son más homogéneas, es aún más evidente que el tratamiento anti-depresivo resulta poco eficaz para los pacientes más severamente afectados. Dos seguimientos, uno de 8 a 11 años y otro de 10 años, muestran a las claras que aún cuando el tratamiento farmacológico sea intensivo, se emplee psicoterapia concomitante y la adhesión al tratamiento sea óptima, los pacientes pasan más de un tercio de su tiempo deprimidos y alrededor del 15% de las personas nunca alcanza la remisión (24).

Finalmente, cuando el tratamiento es adecuado y resulta en eutimia ¿se recupera el nivel de funcionamiento premórbido? Esta pregunta ha sido menos examinada en muestras de pacientes con depresión que en muestras de pacientes con esquizofrenia o trastorno bipolar. Probablemente esto se deba a que los resultados de los ensayos clínicos controlados contra placebo realizados en los pacientes que sufren depresión promovieron una sobrestimación de la eficacia de los antidepresivos que hizo irrelevante un estudio del nivel funcional posterior. Más recientemente, algunos autores han alertado acerca de que no sólo los pacientes con depresión crónica o doble parecen quedar con secuelas funcionales después de la respuesta o la remisión parcial de su episodio depresivo, sino que aquellos que logran una remisión completa también podrían mostrar cierto nivel de afectación en el largo plazo. Bech (7) sugirió hace ya más de cuatro años, que el funcionamiento social debería incluirse de manera sistemática entre los objetivos buscados con los tratamientos antidepresivos. Sería interesante, en un futuro no muy lejano, contar con datos acerca de este aspecto de la evolución no sólo en pacientes



que permanecen sintomáticos a pesar de ser adecuadamente tratados, sino también en aquellos que se recuperaron satisfactoriamente.

Vemos entonces que la evidencia muestra que a diferencia de lo que sucede en los pacientes que sufren esquizofrenia, aquellos que padecen un episodio depresivo tienen un 50% de probabilidad de obtener una remisión duradera. Sería deseable que el porcentaje restante recibiera tratamientos adecuados en intensidad y duración a fin de disminuir el riesgo de recaídas. Aún cuando esto se logre, habrá un porcentaje de pacientes que permanecerá sintomático y que no podrá suspender el tratamiento sin un aumento significativo de riesgo de volver a enfermar. Sería muy interesante obtener información directa acerca del funcionamiento social de los pacientes que forman parte del privilegiado grupo de personas que recupera permanentemente la eutimia o que permanece asintomático por periodos prolongados de tiempo.

Esperanzas

Todos los fármacos que empleamos hoy en día en el tratamiento de la esquizofrenia y de la depresión provienen de un paradigma de desarrollo farmacológico basado en las teorías monoaminérgicas de los citados trastornos. Así como el hallazgo de los antipsicóticos y de los antidepresivos proporcionó alivio importante a muchas personas, sería deseable que el desarrollo de nuevos paradigmas patogénicos traiga consigo nuevas drogas que recluten respondedores entre quienes hoy no se benefician de los recursos disponibles. Es muy poco probable, por otro lado, que la recuperación de funciones sociales y personales pueda obtenerse mediante recursos biológicos. La red social y personal, así como las diversas terapias psicosociales deberán ocupar un lugar destacado en el tratamiento de estas enfermedades, a fin de que la disminución de síntomas se acompañe de un bienestar pleno ■



Referencias bibliográficas

1. Almerie MO, Alkhateeb H, Essali A, Matar HE, Rezk E. Cessation of medication for people with schizophrenia already stable on chlorpromazine. *Cochrane Database Syst Rev* 2007 1: CD006329.
2. Angst J. European long-term follow-up studies of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1988; 14: 501-413.
3. Arranz MJ, de Leon J. Pharmacogenetics and pharmacogenomics of schizophrenia: a review of last decade of research. *Mol. Psychiatry* 2007; 12: 707-747.
4. Arranz MJ, Kapur S. . Pharmacogenetics in psychiatry: are we ready for widespread clinical use? *Schizophr Bull* 2008; 34 (6): 1130-1144.
5. Ascher-Svanum H, Faries DE, Zhu B, Ernst FR, Swartz MS, Swanson JW. Medication adherence and long-term functional outcomes in the treatment of schizophrenia in usual care. *J Clin Psychiatry* 2006; 67: 453-460)
6. Bachrach LL. Defining chronic mental illness: a concept paper. *Hosp Community Psychiatry* 1988; 39: 383-388.
7. Bech P. Social functioning. Should it become an endpoint in trials of antidepressants? *CNS Drugs* 2005; 19: 313-324.
8. Ciompi L. Catamnestic long-term study on the course of life and aging of schizophrenics. *Schizophr Bull* 1980; 6 (4): 606-618.
9. Cramer JA, Mattson RH, Prevey ML, Scheyer RD, Oulette VL. How often is medication taken as prescribed? A novel assessment technique. *Journal of the American Psychiatric Association* 1989; 261: 3273-3277.
10. Davidson L, McGlashan T H. The varied outcomes of schizophrenia. *Can J Psychiatry* 1997; 42: 34-43.
11. Davis JM, Kane JM, Marder SR, et al. Dose response of prophylactic antipsychotics. *J Clin Psychiatry* 1993; 54 (suppl.): 24-30.
12. Docherty, J.P., Kozma, C., Grogg, A., Lasser, R. Antipsychotic maintenance in schizophrenia: partial compliance and clinical outcome. Presentado en el congreso del Colegio Americano de Neuropsicofarmacología 2002. Resumen 154. Citado por Llorca (2008).
13. Eaton WW, Shao H, Nestadt G, Hochang Lee B, OJ Bienvenu, Zandi P. Population-based study of first onset and chronicity in major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65: 513-520.
14. Geddes JR, Carney SM, Davies C Furukawa TA, Kupfer DJ, Frank E, Goodwin GM (2003). Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *Lancet* 2003; 361(9358): 653-61.
15. Greenfeld D, Strauss JS, Bowers MB, Mandelkern M.. Insight and interpretation of illness in recovery from psychosis. *Schizophr Bull* 1990; 15: 245-252.
16. Haro, J.M., Suarez, D., Novick, D. y cols. Three-year antipsychotic effectiveness in the outpatient care of schizophrenia: observational versus randomized studies results. *Eur Neuropsychopharmacology* 2007; 17: 235-244.
17. Harrow M, Jobe TH.. Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medications: a 15-year multifollow-up study. *J Nerv Ment Dis* 2007; 195 (5): 406-414.
18. Harvey PD, Davidson M. Schizophrenia: course over the lifetime. En: Davis KL, Charney D, Coyle JT, Nemeroff Ch (ed.): *Neuropsychopharmacology: the fifth generation of Progress*. American College of Neuropsychopharmacology. Philadelphia: Williams and Wilkins; 2002.
19. Hegarty JD, Baldessarini RJ, Tohen M, Waternaux Ch, Oepen G. One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1409-1416.
20. Hoffmann H, Kupper Z, Kunz B. Hoplessness and its impact on rehabilitation outcome in schizophrenia_ an exploratory study. *Schizophrenia Res* 2000; 43: 147-158.
21. Hogarty GE, Ulrich RF, Mussare F, et al. Drug discontinuation among long term, successfully maintained schizophrenic outpatients. *Dis Nerv Syst* 1976; 37, 494-500.
22. Judd L, Akiskal H, Maser J, Zeller P, Endicott J, Coryell W, Paulus M, Kunovack J, Leon A, Mueller T, Rice J, Keller M. A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 694-700.
23. Kane JM. Treatment programme and long-term outcome in chronic schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 82 (suppl.): 151-157.
24. Keitner G, Ryan C, Solomon D. Realistic expectations and a disease management model for depressed Patients with persistent symptoms. *J Clin Psychiatry* 2006; 67: 1412-1421.
25. Kissling W. The current unsatisfactory state of relapse prevention in schizophrenic psychoses: suggestions for improvement. *Clin Neuropharmacol* 1991; 14 (suppl. 2): S33-S44.
26. Kocsis JH, Gelenberg AJ, Rothbaum B Trivedi MH, Mamber R, Keller MB, Howland R, Thase ME. Chronic forms of major depression are still undertreated in the 21st century: systemac assessment of 801 patients presenting for treatment. *J Affect Disord* 2008; 110: 55-61.
27. Lin KM, Kleinman AM. Psychopathology and clinical course of schizophrenia a: a cross cultural perspective. *Schizophr Bull* 1988; 14: 555-567.
28. Lindstrom E, Eberhard J, Levander S. Five-year follow-up during antipsychotic treatment: efficacy, safety, functional and social outcome. *Acta Psychiatr Scand* 2007; Suppl 435: 5-16.
29. Llorca PM. Partial compliance in schizophrenia and impact on patient outcomes. *Psychiatr Res* 2008; 161: 235-247.
30. McGlashan TH. A selective review of recent North-American long-term follow up studies of schizophrenia. *Schiph Bull* 1988; 14: 515-542.
31. Novick D, Haro JM, Suarez D, Vieta E, Naber D. Recovery in the outpatient setting: 36-month results from the Schizophrenia Outpatients Health Outcomes (SOHO) study. *Schizophr Res* 2009; 108 (1-3): 223-30.
32. Robinson DG, Woerner MG, McMeniman M, Mendelowitz A, Bilder RM . Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry* 2004; 161 (3): 473-9.
33. Smith Benjamin L. Is chronicity a function of the relationship between the person and the auditory hallucination? *Schizophr Bull* 1989; 15: 291-310.
34. Watson PW, Garety PA, Weinman J, Dunn G. Bebbington PE, Fowler D, Freeman D, Kulpers E. Emotional dysfunction in schizophrenia spectrum psychosis: the role of illness perceptions. *Psychol Med* 2006; 36: 761-770.

Avatares de la cronicidad: políticas, instituciones, dispositivos y terapeutas

Gustavo Pablo Rossi

*Licenciado en Psicología
Profesor Adjunto a cargo de la Práctica Profesional en Acompañamiento Terapéutico,
Facultad de Psicología, UBA
Miembro del Capítulo de Historia y Epistemología de la Asociación de Psiquiatras Argentinos
Miembro de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia
Presidente del Capítulo de Acompañamiento Terapéutico de la Asociación Argentina de Salud Mental
E-mail: grossi@sinfomed.org.ar*

Introducción

Al hablar de cronicidad resulta complejo considerar hoy este término en forma unívoca, por lo cual vamos a tomar distintos sesgos de la inscripción de esta problemática en nuestra cultura. Aunque aparecen en línea, los fenómenos de la cronicidad, la exclusión, la institucionalización, el deterioro, tienen también elementos de disyunción. Habrá que diferenciar

cronicidad de exclusión. No todo aquel denominado crónico es un *excluido*. Y hay *excluidos* por cuestiones precisamente sociales, culturales, políticas, penales, que no tienen la característica de ser *crónicos*. Debe diferenciarse también *cronicidad de institucionalización*. No todos los *crónicos* están en instituciones. Ni podría afirmarse hoy que todas las institucio-

Resumen

Se abordan diferentes vectores que hacen a la problemática de la cronicidad. El individual, del paciente; el sociopolítico; el inherente al lugar del terapeuta, los dispositivos, las instituciones en el abordaje de los pacientes crónicos. Se realiza un recorrido temático y de autores que tiende a repensar la posición del terapeuta (psiquiatra, psicólogo, psicoanalista) ante estos pacientes. Ubicados a veces como inclasificables o refractarios, que -como se ha dicho- en la valoración de los profesionales son intrínsecamente difíciles y poco "gratificantes", nos llevan a considerar los ideales de salud, las expectativas, así como las incomodidades de los modelos de tratamientos y dispositivos institucionales.

Palabras clave: Cronificación - Políticas y dispositivos de desinstitucionalización - Aburrimiento - Objetivos terapéuticos.

UPS AND DOWNS OF CHRONICITY: POLICIES, INSTITUTIONS, MECHANISMS AND THERAPISTS

Summary

Chronicity is approached from several angles: that of the individual patient, the sociopolitical background, the therapist's role, the institutional framework for the treatment of chronic patients. Relevant themes are discussed and authors visited that contribute to fresh thinking regarding the position of the therapist (psychiatrist, psychologist, psychoanalyst) towards these patients. More often than not, these patients are classified as unclassifiable, or refractory. As it has been said before, this implies that from the professional's viewpoint these patients are intrinsically difficult and "little rewarding". This raises the question of health ideals and expectations, as well as the institutional inconveniences of current models of treatments and institutional devices.

Key words: Chronicity - Political and therapeutic devices of desinstitutionalization - Boredom - Therapeutic purpose.

nes generan necesariamente cronicidad. Y, deslizándonos hacia la idea de cronificación, no es válido decir que ésta sea un efecto exclusivo de la institución.

A partir de esto, nos preguntamos acerca de las dimensiones que atraviesan la problemática de la cronicidad: ¿es una cuestión sociopolítica, científica, técnica, ética? El abordaje debe estar compuesto de vectores que se articulan en el análisis.

Voy a realizar una división esquemática en tres vectores para pensar este tema; los dos primeros nos trazan las coordenadas más amplias para llegar al punto que quisiera enfocar especialmente.

1- Una cuestión es la específica del paciente que tiene un padecimiento psíquico severo, del defecto o incapacidad que presenta en términos médicos y de la subjetividad; los efectos de algunos cuadros clínicos, de ciertas estructuras psíquicas, en su relación con la cronicidad.

2- Otro nivel de análisis remite a la cuestión sociopolítica, que implica la problemática de los pacientes crónicos desde una perspectiva más amplia (la menos abarcable para nuestro artículo), social, política y económica, tanto en el área de Salud, en Salud Mental, como en lo que se llama la biopolítica o en la dimensión más cercana al control social. Ubicamos aquí el lugar de las instituciones cerradas en las políticas públicas, así como los recursos, programas y sistemas abiertos para pacientes crónicos, con su tenue existencia y sus líneas de inercia.

3- Y otro sesgo posible al pensar esta problemática es la referente al funcionamiento de las instituciones, los dispositivos, los terapeutas, e incluyo acá también cuestiones de la cultura de época en que podemos enmarcar hoy la cronicidad. En términos de esa cuestión cultural, me interesa introducir también la idea de aburrimiento, que ubico en sintonía con lo que me inspira el tema de la cronicidad. Si puede elegirse un color para estos pacientes, sería el gris, no es el paciente blanco (el que cumple con las expectativas, el que presentamos en los ateneos, el del fin de la cura), ni el negro (el complicado pero de producción interesante, el de las crisis “floridas”, el que nos desafía, el que también presentamos en los ateneos aunque más recortado).

Lo crónico de la enfermedad y del enfermo

En los cuadros clínicos asociados a la locura, desde mediados del siglo XIX la psiquiatría se basará en la diacronía para hacer una distinción en el estudio de las enfermedades, tomando en cuenta dos términos que quedan asociados: cronicidad y deterioro. De acuerdo con lo planteado por J. C. Stagnaro (25) es interesante diferenciar el concepto de cronificación respecto de la idea de cronicidad propia de la estructura psíquica. Destaca que, mientras por una parte existe cierta cronicidad a manera de un “defecto” que se va acentuando, descrito en forma paradigmática en algunas formas de las psicosis, la *cronificación* será inherente a los efectos de la institucionalización, del

encierro, digamos, del des-tratamiento equivocado. En relación a esto, vemos dos polos: 1- aquel en que se ubica la cronicidad como una “evolución natural” de la enfermedad; y 2- cuando la cronicidad resulta una secuela generada por el mismo tratamiento, donde incluiría desde lo específicamente institucional a la sobremedicalización o medicalización inadecuada, el aislamiento, la ausencia de estímulos mínimos en la vida diaria, etc.

En términos más llanos, suele hablarse hoy de “cronicidad de la enfermedad”, mientras se alude a la cronificación del enfermo y de las instituciones (15, 20, 25).

¿Es una manera de contextualizar la vieja idea de cronicidad en esta época? Al respecto, cabe apelar a alguna definición de diccionario: a diferencia de *cronicidad*, tengamos en cuenta que la palabra *cronificación* va a aparecer recién en la próxima 23^a edición del Diccionario de la Real Academia Española (DRAE) con el significado de “acción y efecto de cronificar” (la última edición es de 2001). Cronicidad aparece en el DRAE como un término médico que significa “cualidad de crónico”, esto es, que una dolencia se haga crónica. Según la edición actual, lo crónico en una enfermedad es que sea larga, que una dolencia sea algo habitual. Lo agudo, por contraposición, dicho de una enfermedad es “que sea grave y de no larga duración”. La cronicidad se refiere a una patología que progresa o persiste durante un tiempo prolongado, generalmente toda la vida.

En la historia de la medicina, en la segunda mitad del siglo XX hubo un cambio significativo en la incidencia y prevalencia de las enfermedades, reflejado en la variación de los últimos 30 años a nivel de morbilidad y mortalidad. A partir de la década del setenta van adquiriendo mayor importancia las enfermedades de origen no infeccioso.

Hay efectos de estos desarrollos científicos, sociales y de la tecnologización en el área de la Salud, que se observan en el surgimiento de campos de intervención relativamente nuevos; un ejemplo es el de los “cuidados paliativos”, que pueden ubicarse como respuestas a problemáticas que son efecto principalmente de los avances científico-técnicos de una época. Un médico especialista en cuidados paliativos, Jean-Michel Lassaunière, ubica en este terreno la cuestión misma de la cronicidad para la ciencia médica. “La medicina moderna, por su misma eficacia en prolongar la vida, ha generado la cronicidad: en 1970, un paciente con leucemia aguda sobrevivía unas pocas semanas; hoy, vive cuatro o cinco años, pero con recaídas, problemas frecuentes que merecen atención. Aquí se ubica la noción de cuidado paliativo, cuyo punto de partida fue el tratamiento del dolor...” (17).

En el ámbito psi la idea de paciente crónico ha sido motivo de controversias, aunque hay acuerdo en hablar de cronicidad cuando los trastornos recurrentes se asocian a “incapacidades de larga duración”, con necesidades que hacen al paciente altamente dependiente, con severas dificultades para afron-

tar las demandas de la vida diaria. También aparece como figura relativamente nueva: la del *paciente crónico que no se liga en forma directa a un cuadro clínico*, a un diagnóstico, sino que aparece con la característica de permanecer cristalizado largo tiempo en el marco institucional, o en el ámbito relativamente cerrado de diversos tratamientos psi (22). En este grupo incluiría los pacientes “intratables”, refractarios, o incurables¹ (26), cuyo rasgo común es el de no responder a las diferentes ofertas de tratamiento institucional, o por tener una posición de ausencia de demanda al tratamiento, rechazos intermitentes, indiferencia o abulia frente a las propuestas terapéuticas. Pacientes que se deslizan paulatinamente hacia ese mundo gris de la cronicación.

Entre la cuestión sociopolítica, la técnica y la ciencia

Políticas crónicas

Es sabido que este tema no puede pensarse fuera del marco socio-político de un país y de una región, ni de las políticas en Salud y Salud Mental, sus programas, su articulación o desarticulación, sus limitaciones, sus efectos.

Debemos contextualizar también que las condiciones socio-políticas, económicas, *inciden* -tan temprano como tarde- en los efectos de cronicación en las personas vulnerables, en las propuestas de tratamiento, en los recursos posibles. En nuestro país deben situarse las transformaciones que implicó la década del 90, con años de devastación para la inserción laboral y la distribución del ingreso (4); en un contexto de empuje a la globalización -a un orden globalizado hoy en crisis-. Asimismo, las problemáticas ligadas al aislamiento se agravan en tiempos donde la dinámica social está especialmente fragmentada, con una marcada incapacidad de producir cohesiones duraderas y de conjunto, redes de solidaridad amistosas y familiares, incluso para la construcción de fuerzas grupales o pertenencias políticas. En tiempos donde el Estado es absorbido por la lógica del mercado, donde prima el desinterés por lo “no-rentable”, dónde el ciudadano queda desplazado a la figura del *consumidor*, cabe preguntarse: ¿dónde queda aquel que no puede entrar en el circuito de los “consumidores”? Nos encontramos con personas que van perdiendo cada vez más (para sí y para los demás) esa categoría de *ciudadano*, con derechos y obligaciones, que parecen intrínsecas de un determinado *pertenecer*...

En este contexto, resulta fundamental el aporte que pueden hacer al diseño de Políticas en Salud Mental, a la planificación de sistemas de tratamiento, tanto los dispositivos ambulatorios como el trabajo en red, así como las estrategias que permita una continuidad

entre las distintas instancias terapéuticas (internación - hospital de día - consultorios externos), con herramientas como los talleres protegidos y de ocupaciones específicas -recreativos, educativos, laborales-, el acompañamiento terapéutico, los grupos de usuarios, el apoyo a las familias, etc. (22). Lamentablemente, en Argentina no suelen ser tomadas en cuenta una importante cantidad (y calidad) de recursos y herramientas terapéuticas ambulatorias en este campo, tanto para ampliar la visión en la instancia de planificación como en la implementación de las Políticas en Salud Mental.

Y cuando se vuelve a hablar de des-institucionalización, no puede obviarse la existencia de esa gama de recursos y estrategias de asistencia que permitan sostener el “afuera” (de la institución y del consultorio) en estos pacientes. Mientras en la ciudad de Buenos Aires se retoman proyectos en este tema, bajo sospechas de negocios inmobiliarios o más recorte presupuestario, se desoye la Ley de Salud Mental 448, que se sancionó para garantizar una mejor calidad y efectividad de la atención mediante un sistema de redes, de asistencia en domicilio, con dispositivos y equipos que contemplen el mantenimiento de vínculos y contactos del paciente con familiares, allegados y el entorno laboral y social; esto es, lo que hace a la vida diaria, con servicios y apoyos ubicados en la comunidad, alternativas laborales y alguna opción de recursos para su supervivencia económica.

Resulta necesario igualmente pensar esa “supervivencia” también en términos de la subjetividad, del sostén diario posible para la propia persona “asistida”. Con quién, cuál va a ser el “sentido” de su cotidianidad en los nuevos contextos vitales, en qué comunidad/es se va a encontrar. Esto es, no se trata de crear *pequeños manicomios* con mejor hotelería para algunos, pero enmarcados en la misma lógica, del encierro y la cronicación.

También esa Ley plantea el desarrollo de acciones en conjunto entre las áreas de Trabajo, Educación, Promoción Social, etc. Esto se presenta en sintonía, por ejemplo, con la productiva experiencia española de “continuidad de cuidados en Salud Mental” (20, 22), cuyo recorrido es interesante para cotejar con la realidad local. Con influencia de conceptos de la Salud Mental Comunitaria, en España la Continuidad de Cuidados, contempla un entramado de recursos e instituciones, situados “tanto en la red territorial como en la dimensión temporal”, a partir de pasar de un “modelo centrado en la exclusión a otro basado en la integración a la comunidad”. Y “en el sujeto como elemento activo en su proceso de integración social, y poseedor de derechos y deberes” (20).

Destacan, igualmente, que en la atención comunitaria a personas con un trastorno mental crónico “puede tener más efectos terapéuticos el vínculo y el

¹ Resulta muy interesante al respecto el artículo sobre “Psicosis actuales” de E. Vaschetto, a quien agradezco los aportes bibliográficos en relación a esta perspectiva para pensar los pacientes refractarios, así como sus comentarios respecto del trabajo que realizó junto a un equipo del Hospital Central de San Isidro, que se publicó con el nombre de “Incurables” -ambos en Vaschetto E (comp.), 2008-.

buen trato de una trabajadora familiar con frecuencia en el domicilio”, que la atención con una frecuencia esporádica de los especialistas sanitarios (20). Lo más razonable -dicen y acordamos- es la combinación adecuada de las distintas intervenciones, sociales, psicológicas y farmacológicas (20).

Para avanzar, traemos como contrapunto algunos aspectos del informe que publica el libro “Vidas arrasadas” (4), donde quedan expuestas situaciones de desarticulación, de manejo irracional de recursos, desarticulación, entre otros problemas. “El alto grado de hospitalización a largo plazo en grandes instituciones consume los recursos públicos que deberían ser usados para desarrollar servicios integrados a la comunidad”, lo cual implica además gastos innecesarios y en aumento, a veces por la sobremedicación, que se suma a las enfermedades asociadas producto de la creciente cronificación de los pacientes internados. Por ejemplo, en la Ciudad de Buenos Aires, las tres instituciones psiquiátricas más grandes “gastan el 80 por ciento del presupuesto de salud mental” (4). Además, en todo el país “aproximadamente el 70% de las personas internadas permanecen segregadas de sus comunidades por razones sociales”. “El principal factor que contribuye con la institucionalización a largo plazo es la carencia de servicios y apoyos adecuados en la comunidad”. El desarrollo de “estrategias innovadoras de atención para la salud mental” -como ser el subsidio económico para la vivienda, la rehabilitación psicosocial y el apoyo de los pares- “ha probado que la gran mayoría de las personas con discapacidades mentales” puede vivir en sociedad, con mayor o menor asistencia según el caso (4).

La segregación a gran escala de la que son objeto las personas institucionalizadas en el sistema de

salud mental argentino es injustificada, según dicho informe. Argentina es uno de los países con más psiquiatras y psicólogos per cápita del mundo. Amplios sectores de la población urbana argentina financian individualmente su psicoterapia durante largos períodos de tiempo. Sin embargo, esta riqueza de recursos *no se traduce en políticas generales conducentes*.

Ahora bien, la masiva institucionalización y sus consecuencias en la cronificación de los pacientes, pueden atribuirse a *decisiones políticas erróneas* “que se traducen en una mala asignación de recursos gubernamentales y en la ausencia de planificación en políticas específicas que se orienten a proveer atención a la salud mental centrada en la comunidad” (4).

Y según estudios sobre las variables económicas del tema (20, 24), se agrega que desde hace muchos años los procesos de desinstitucionalización, cuando se implementan gradualmente a través de hospitales de día, casas de medio camino, etc., presentan muy buenos resultados, “ya que indica una reducción de costos operativos y de capital de carácter significativo para el sistema de salud. En lo económico, los estudios de costo/efectividad al respecto, indican la conveniencia de implementar dichos procesos” (24).

Entonces, aunque la queja frecuente acerca de la falta de recursos económicos da cuenta de una necesidad imprescindible en relación a un proyecto político-económico, debe igualmente tomarse en cuenta que en algunos aspectos no es una cuestión de mayor presupuesto. Al respecto, no suele ponderarse el costo que tiene, en el terreno de las políticas en Salud Mental, las deficiencias en la articulación entre los sectores públicos y privados, y entre las instituciones y profesionales dedicados a la asistencia (que inciden por ejemplo en el llamado síndrome de las puertas



giratorias, de reinternación cíclica). A veces se supone que la tan mentada "eficacia" es contradictoria con la idea de implementar acciones en red, en equipo interdisciplinario, poniendo como obstáculo central lo referente al costo económico que tendría. Sin embargo, en el estricto plano económico, la falta de planificación política y la ubicación de los costos de manera "cortoplacista" hace que no se consideren los "beneficios" que tiene para la/s institución/es (de los diferentes subsectores del ámbito sanitario, en última instancia para las políticas públicas) el hecho de que sus pacientes/afiliados no se cronifiquen, es decir que no se agraven en su estado de salud, en su vínculo social, en su inserción laboral, en fin, si se toman en cuenta las cuestiones ligadas al deterioro, los efectos en el entorno familiar, las secuelas del aislamiento y la falta de estimulación, etc. (2, 24).

"Con una pequeña inversión, los grupos de familiares y usuarios o ex-pacientes pueden ser un recurso inmenso que permitiría desarrollar iniciativas de apoyo y defensa de los derechos de las personas con discapacidades mentales en la comunicada" (4).

No es únicamente entonces una cuestión de política de Estado lo que está en juego, aunque la decisión política es una base, otorga un "fundamento", un horizonte, para implementar acciones individuales y de conjunto, para el diseño de programas, hasta para la formación de los trabajadores de la Salud Mental.

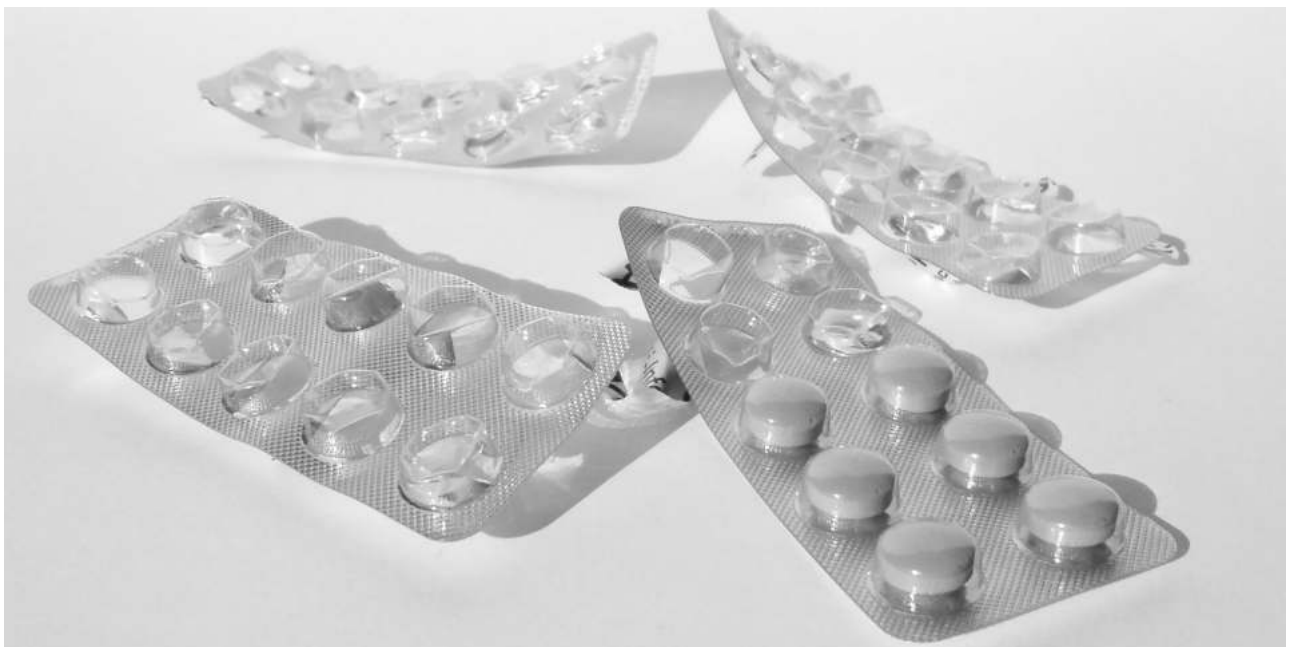
Por mi experiencia de trabajo con el dispositivo de Acompañamiento Terapéutico (en la clínica privada y en instituciones hospitalarias), vengo sosteniendo que la inclusión de recursos menos medicalizados, que den lugar a la escucha y la presencia en el entramado de la vida de un paciente y su familia, nos ayuda a sostener tratamientos más dinámicos en relación

a situaciones de cronicidad. Donde el armado singular de un trabajo en red permita programar una desinstitucionalización, y avanzar en el tratamiento ambulatorio con un sostén que articule el plano de la subjetividad (del paciente y los familiares) con la eficacia en el uso de los recursos cotidianos económico-sociales (21, 22, 24). Destaqué aquí la noción de "cuidados" *no-anónimos* (22) como posición para *propiciar y alojar la palabra*, desde la clínica, en dispositivos con anclaje social, que faciliten una *expresión subjetiva*.

Cronificación, instituciones y control social

Ahora bien, tampoco podemos ignorar las implicancias del par institucionalización-cronificación en relación al tema del control social, desde la vieja mirada del encierro y aislamiento del loco para sostener el orden social. En el siglo XX la antipsiquiatría y otras escuelas teórico-clínicas (entre las que se destacaron algunas corrientes del psicoanálisis, junto a movimientos sociales), llevan adelante una lucha contra la institución manicomial, puesta en el centro de las críticas por el efecto de cronificación al que ha quedado ligado el devenir del modelo pineliano (2, 25).

En la segunda mitad del siglo XX, para pensar este giro que toma el cuestionamiento de la psiquiatría asilar traemos brevemente una puntuación de ideas de Michel Foucault y de los desarrollos de Franco Basaglia. Foucault manifiesta su preocupación porque la lucha contra el manicomio pueda llevar "a exportar la psiquiatría al exterior, multiplicando sus intervenciones en la vida cotidiana" (11). El planteo, que se sostiene desde distintos autores ligados a la antipsiquiatría, es que el control social se ha des-



plazado ahora hacia afuera del hospital, cobrando un alcance más extenso, de connotación macropolítica.

En línea con esto, luego de las reformas de desinstitucionalización, Basaglia encuentra el peligro en que *el problema del enfermo mental* sea definitivamente “medicalizado” en detrimento de una toma de conciencia de su *dimensión sociopolítica*. Es que, si al suprimirse los manicomios todo tenderá a partir de allí a ingresar en la vasta área de la medicina, el problema dirá Basaglia es que “no todo se puede medicalizar. Queda afuera, en efecto, todo el conjunto de individuos que son paraenfermos, parapsiquiatrizados, drogadictos, alcohólicos, etcétera” (6). Esto implica crear así “un ejército de técnicos para asistir a estas personas que se encuentran entre la medicina y la Justicia, en tanto crean problemas de orden público” (6). Se podría rehacer así la trama médico-judicial que se asociaba a la institución asilar, donde el cuidado del enfermo está al servicio de cuidar el orden público.

Si se amplía la medicalización del problema del enfermo mental, una franja mucho *más amplia y menos definida de individuos*, que se encuentra a mitad de camino entre la medicina y la justicia, puede controlarse mediante un ejército de nuevos técnicos y puede ser sancionada por una “norma” cuyos límites, al ser imprecisos, se vuelven omnicomprendidos. En esta perspectiva, las tecnologías disciplinarias (el manicomio, la cárcel, la fábrica, el ejército) tienden a desaparecer en favor de la proliferación y la dispersión reticular de los *mecanismos disciplinarios* dentro de la sociedad.

Para esta corriente antipsiquiátrica, la abolición del manicomio no debe determinar una psiquiatrización de lo cotidiano. Ahora bien, dos negaciones aparecen de algún modo como contradictorias: ¿cómo se puede dismantelar el hospital psiquiátrico sin potenciar la prevención, la poscura, la continuidad terapéutica? (6). Lo complejo de la problemática, tanto desde el punto de vista conceptual como práctico, hace que no pretendamos cerrar esta pregunta ahora, sino traer elementos en tensión para repensar la clínica en su cruce con lo social.

Rescatamos finalmente de Basaglia el llamado a los psiquiatras para no ignorar los *aspectos sociopolíticos* del problema de la enfermedad mental, y de sus tratamientos, sus instituciones y cronificaciones, lo cual llevaría a limitar su acción “al solo aspecto sanitario” (si pudiera hacerlo), y convertirse “en el técnico que pone a disposición su ciencia para adaptar mejor al oprimido al opresor”, llamado que es válido también para psicoanalistas y demás trabajadores de este campo.

Y ampliamos este desarrollo con un libro de Paulo Amarante (2), para quien los aportes de la antipsiquiatría y de la corriente basagliana de desinstitucionalización, hacen que “la salud y la enfermedad ganen concreción histórico-social, se vuelven fenómenos datados en la realidad política de los sujetos sociales. La abstracción operada por la mirada positivista de las instituciones psiquiátricas puede ser recolocada

y situada en la existencia de toda una relación entre saberes/poderes/subjetividades, hechos prácticas sociales” (2).

Para Amarante, desinstitucionalizar tampoco se restringe a deshospitarizar, a la supresión de organizaciones hospitalarias manicomiales, sino que “significa entender institución en un sentido dinámico y necesariamente complejo de las prácticas y saberes que producen determinadas formas de percibir, entender y relacionarse con los fenómenos sociales e históricos” (2), como la locura, la cronificación.

Desde el psicoanálisis, que es el punto con el cual finalizamos este artículo, una concepción que apela a lo comunitario también sostendrá los derechos del paciente como *ciudadano*. Ello nos lleva a su vez la defensa de los *derechos humanos* como prioridad en las políticas en este campo de la salud y la salud mental, donde lo *inclusivo* es central. Y también a sostener que los derechos humanos, los derechos ciudadanos son algo previo, una premisa indispensable, sin la cual no podemos pensar un tratamiento posible, sin la cual no hay psicoanálisis posible, siendo ésta una controversia que puede considerarse ya agotada para los analistas después de décadas (8, 18, 19, 22).

¿Antipsicofarmacología?

Para continuar hilvanando este recorrido, traigo los aportes de un reconocido psicofarmacólogo, crítico, David Healy. Escribe que con la llegada de la antipsiquiatría “se alegó que las camisas de fuerza tradicionales habían sido simplemente reemplazadas por camisas de fuerza químicas, por la ‘camisola’ química. Sin duda se había conseguido el silencio tras los muros de los psiquiátricos, pero era el silencio de los cementerios” (13). El silencio de la cronicidad también, acotamos.

Rescata que en los argumentos de la antipsiquiatría “subyacía la idea de que nuestra forma de goberarnos ha cambiado y de que la psiquiatría ha pasado a formar parte del «nuevo orden» de gobierno”. Aunque se está de acuerdo en que ha existido una desinstitucionalización, sin embargo Healy dice que por ejemplo en “Gran Bretaña al menos, se retienen durante periodos tres veces mayores que hace cincuenta años, se admiten en un índice quince veces superior y -como media- ocupan camas durante más tiempo que en ninguna otra época. Además, los hospitales están admitiendo nuevos pacientes, como los que sufren desórdenes de personalidad, y la gestión de la violencia y de los problemas sociales ha pasado a ser cuestión de la psiquiatría” (13). Como vemos, no está lejos de varios puntos que traíamos de los planteos del propio Basaglia.

Además, expone otras ideas que alimentan la polémica, a diestra y siniestra: “El mundo cambió. La psiquiatría y la antipsiquiatría fueron borradas del mapa y reemplazadas por una nueva *psiquiatría de las corporaciones*. El propio Galbraith ha denunciado que ya no tenemos mercados libres, sino que las empresas par-

ten de lo que quieren vender y acto seguido preparan el mercado para que consumamos esos productos. Si funciona con los automóviles, con la gasolina y con todo lo demás, ¿por qué no iba a funcionar con la psiquiatría?” (13).

Se ha pasado, dice Healy, al “lenguaje de la *gran ciencia*, donde empresas y médicos comparten los mismos intereses”. Se podrá así abandonar el concepto mismo de enfermedad. “Los ejecutivos de las empresas farmacéuticas y de otras corporaciones ya han renunciado a él y hablan abiertamente de *agentes de estilo de vida*” (13). ¿Habrán un estilo de vida para el paciente crónico?

Y predice que el cambio que viene no estará ligado al mundo “de la medicina tradicional, donde las drogas trataban enfermedades para restaurar el orden social. Será un mundo donde las intervenciones psicofarmacológicas *podrán cambiar dicho orden*” (13).

¿Será para tanto? ¿Estamos ante un capitalismo decepcionado que no puede abrir su mente más allá de la economía de mercado? ¿Podemos hablar en términos de *predicciones*, sin irnos de la *ciencia*? No tratamos de responder cada pregunta, pero al menos nos pareció necesario hacerlas, en pos de no caer en una ingenuidad bajo la supuesta asepsia científica.

Excluidos, náufragos, innombrables crónicos

En el terreno de las acciones y políticas que apuntan a la resocialización y reinserción, nos aporta al tema Patrick Declerck, antropólogo y psicoanalista, quien cuestiona desde su perspectiva la ideología que sustenta la noción de “reinserción”, aunque el libro “Los náufragos” se aboca especialmente al trabajo con sujetos crónicos de la indigencia, esto es, personas indomiciliadas, vagabundos (donde por supuesto se encuentran enfermos mentales crónicos), que ubica como *innombrables*. “La reinserción supone, la mayoría de las veces de manera implícita más que explícita, la idea de un regreso del sujeto al seno de la *normalidad social y económica*” (7). Esta representación viene junto a una dimensión espacial, donde se imagina al sujeto como una pieza del *puzzle* aislada y, por eso mismo, carente de sentido, que volveríamos a colocar -afirma- “en su lugar preciso, insertado, ciudadano por fin entre otros, en el marco de las obligaciones del funcionamiento social, económico y relacional. Curado, autónomo, vivirá el resto de su existencia, colmado de las delicias de la normalidad, es decir, en definitiva, del trabajo” (7).

Como plantea también Olivier Douville al escribir sobre el tema (10), pensemos que muchos hombres y mujeres que sobreviven en los límites de la razón social y de la razón humana, nunca han estado “insertados”.

La reinserción aparece ligada a la categoría compleja de “exclusión”, con la cual socialmente se identifican con una *colección* de individuos que son agrupados en función de un dato que los homogeneiza (3, 7), donde también tiende a suponerse la causa de

su exclusión (desde el esquizofrénico al “adicto”, o el desocupado, el delincuente, etc.), que produce en muchos casos cronicidad.

En este punto, Douville afirma que considerar la existencia de una categoría supuestamente homogénea de excluidos es una *ficción*. No se trata de un grupo homogéneo, aunque si hace que la sociedad se forje una *manera de estigmatizar*. “Hoy, con el fenómeno masivo de la exclusión social, los clínicos y los trabajadores sociales se encuentran atrapados en un vértigo entre medicalizar lo social o ‘etnologizar’ el sufrimiento psíquico” (10).

“La exclusión es un fenómeno sociológicamente dudoso, pues al fin y al cabo, ¿qué otra cosa es el margen o el envés de la sociedad, sino también la sociedad?” (7).

La idea de exclusión designa al mismo tiempo “el estado y la causa”, y supone un individuo que no está, o que ya no está, integrado en una red de solidaridad familiar, amistosa o de barrio. Semejante definición establece además una línea divisoria entre exclusión y precariedad. Existen barrios, poblaciones en situación económica precaria pero en los que se producen sistemas y redes de solidaridad económica, basados unas veces en el trueque, otras en economías marginales o poco legales. Debido a la existencia de esas redes de solidaridad, no puede hablarse en esos casos de exclusión. A la inversa, “en ciertos islotes de exclusión, no-lugares situados en las orillas de lo que muestra y permite el desplazamiento de los cuerpos y de los objetos, de lo que da presencia y hace físicamente palpable la velocidad” (cruces de ramales y puentes de conexión de autopistas, *halls* de estaciones o de aeropuertos), se puede ver cómo se reúnen algunos “encerrados fuera”, “exiliados del interior”... El excluido -en estos términos- es el que ha superado una línea, un umbral, un pasaje, que llevó a cabo “un salto en el que se ausenta del vínculo social y la fraternidad de discurso”. “Es a menudo a través de una relación catastrófica con el espacio común, con la polis, como la precariedad se inclina hacia la exclusión” (10).

Como se vió también en los procesos de desinstitucionalización en Salud Mental, Douville refiere que “los excluidos niegan la mayoría de las veces los trajectos de reinserción que se les proponen”.

Coincidimos en que no se trata entonces de “reinccluir o re-insertar”: en estos trabajos se propone facilitar que esos sujetos puedan utilizar mejor “las funciones de abrigo y de cuidado que ofrecen algunas instituciones. Hay exilios del interior, sin gran retorno posible hacia soluciones sociales convencionales, pero a los que se puede ayudar a no seguir destruyéndose” (10). ¿Un programa *mínimo, resignado, derrotista*? Un programa que más bien toma en serio lo que se estaría destituyendo, dice Douville, para colocar en primer plano “la función asilar del cuidado psíquico, actualmente despreciada en provecho de la función promocional del cuidado educativo” (10). ¿Es que hoy en día sólo queda la calle como lugar en el que se pueda estar loco?

Hay entonces aquí una apuesta a reconsiderar la noción de *exclusión*, que trae consecuencias para la problemática de la cronicidad. Al fabricarse una masificación de la categoría, los excluidos se ubican sin ninguna pertinencia clínica, además de hacer de los «excluidos» una suma de víctimas, “por encima de toda sospecha”, que tienen que aprender a mantenerse en pie “como todo el mundo”, lo cual resulta ser -en el caso de los indigentes tanto como en nuestros casos crónicos- “un ideal terapéutico no sólo ilusorio sino catastrófico” (7).

La víctima es a la vez objetivada y absuelta. Esto es, queda en el lugar de objeto, donde ya no sería pertinente apelar a ninguna responsabilidad posible.

También en la cuestión de la cronicidad debería abandonarse la fascinación por el extranjero y por la víctima. Y como hemos escrito a propósito del tratamiento de las psicosis (22), una de las primeras cuestiones básicas a transmitir es la de no tratar al “paciente” como un “extraño”, como aquel con quien no se puede conversar con alguna espontaneidad, como quien conversa con un amigo o un semejante, sea por verlo peligroso, sea por verlo en el lugar de la víctima (12, 22). En el plano de las terapéuticas posibles, se observa que resultan productivas las experiencias donde se apela al vínculo del sujeto con pares, donde algo del imaginario de un vínculo amistoso se juega, y el diálogo implica la presencia de un otro como semejante y no una interrogación desde el lugar del Saber/Poder del terapeuta (sea psiquiatra, psicólogo, psicoanalista, acompañante terapéutico o cualquiera de las funciones *psi* disponibles).

Decimos, para pasar el punto siguiente, que la *exclusión* implica un sujeto deshilvanado de una red social que lo contiene, aislado muchas veces, segregado no sólo en términos de marginalidad económica (por fuera del circuito laboral, del acceso a los derechos fundamentales de vivienda, salud, educación, etc.), sino también en términos simbólicos, en términos de lo que significa para el sujeto humano la necesidad de *inclusión* en una cultura, y los riesgos de quedar a la deriva, en la cornisa del lazo social... Este riesgo, es *subjetivo*, pero justamente en el punto en que es necesario que el sujeto humano (para constituirse) haga *lazo* en lo social² (8, 22, 27).

Y con ese riesgo trabajamos también psicólogos y psiquiatras, para lo cual se conoce que el mantenimiento de los procesos de reforma socio-sanitarios necesitan de determinadas condiciones de sensibilidad y solidaridad sociales (9), que nos incumben.

Cronicidad y tiempo: el de los terapeutas, el de la época

Lo crónico y el aburrimiento

Si es obvio que al hablar de cronicidad hablamos del tiempo, avanzo ahora para ubicar el tiempo en

términos de la época y sus malestares, y en especial cómo se encarnan éstos en los profesionales y los dispositivos terapéuticos.

Mientras escribo sobre cronicidad, me encuentro que por otro lado en estos años se habla de la “urgencia generalizada”, como tema que se fue ampliando en su teorización desde el psicoanálisis, en contacto con el ensayo social y filosófico (1, 28). Esto nos confronta con la atención de la prisa y la impulsividad, nos lleva frente al tiempo en su dimensión de velocidad, nos ubica como terapeutas con la necesidad de dar una respuesta en lo inmediato. Se habla de la urgencia subjetiva como la situación donde *alguna respuesta no puede ser diferida*. La posición del terapeuta buscará, sin embargo, incluir allí alguna pausa, *ganar algún tiempo*, en esa línea irá en tal caso su respuesta.

¿Que tendrá que ver con la cronicidad? No es el tema a que nos convoca este artículo, lo utilizamos precisamente como contrapunto con nuestro título. Una definición posible de la urgencia, deducida de un conocido psicoanalista francés, será la de ubicarla como “lo imposible de soportar para un sujeto al que *nada divierte*”...

Como contracara de esa urgencia, podemos ver, en este mundo donde el discurso de la ciencia y el orden del consumo y su ligazón con la *tecnocultura* estratifica la sociedad entre consumidores y no consumidores, algo que es efecto de esto, en unos y otros, que es algo así como un rasgo de “*aburrimiento generalizado*”. Siempre necesitamos *algún consumo más* para divertirnos, cuando no para *entretenernos*. ¿Tenernos entre quienes?, sería la pregunta. Lo llamativo, es que esto suele decirse, por ejemplo, en aquellos que están aburridos, solos, sin obligaciones estables: “hago esto para entretenerme”. ¿Entre -sí mismo- tenerse? Hay formas y formas de sostenerse en “homeostasis” con *lo sintomático* de cada uno, lo sabemos, aunque el valor del entretenimiento es una marca propia de ciertas culturas, puesto en su máxima expresión en el “negocio del ocio”.

También, al hablar de tiempo nos encontramos con esa dimensión contraria a la prisa, ahí donde “el tiempo no pasa”. ¿Estamos así con los pacientes “crónicos”? En una *pausa* que se nos hace eterna, aunque no llegue a ser eso *imposible de soportar*.

Traigo aquí a una autora muy interesante, Diana Cohen Agrest, para quien si hay un problema verdaderamente filosófico es el aburrimiento. En un artículo reciente sobre el tema (5), que da elementos para un desarrollo mucho más amplio, comenta que hasta Kierkegaard hace del aburrimiento la piedra fundacional de la Creación, imaginando que “los dioses estaban tan aburridos que entonces crearon a los seres humanos”. Y también “Adán estaba aburrido porque estaba solo, entonces crearon a Eva. Desde entonces, el aburrimiento ingresó en la Creación” (5). Nietzsche no le fue en zaga cuando con sarcasmo sugirió que *en*

² O se inserten en alguna “comunidad de vida”, como argumentan Vaschetto-Faraoni (22), considerándolo más preciso que ubicar -en algunos individuos- la existencia del lazo social, en tanto el mismo implica superar la relación dual.

su descanso sabatino Dios se habría aburrido espantosamente. Como leerán, se liga el aburrimiento a la soledad, de los dioses, de Adán, del sábado de descanso, sin humanos, sin amigos, sin Evas a la vista.

Volviendo a esta pensadora, dice que “*exonerado del campo de las patologías*, el aburrimiento no suele ser de interés ni para los psicólogos ni para los psiquiatras, aun cuando es vivido como una pérdida de identidad que denuncia el corte entre el sentido y el vacío de sentido”. Sin embargo, ahí donde se perpetúa, “se transforma en el *taedium vitae*, el tedio de la vida ante el cual la jurisprudencia de la antigua Roma legitimaba el derecho al suicidio”.

Llegados a este punto: ¿podría plantearse una *terapéutica* para la cronicidad cercana a una *terapéutica del aburrimiento*? Se suele decir que “el aburrimiento se cura a fuerza de sudor”, pero “quien recurre al trabajo como remedio confunde la desaparición temporaria de los síntomas con la cura de la enfermedad” (5).

En estos tiempos, lo sabemos entre los profesionales *psi*, el que tiene mucho trabajo se aburre, padece ese agobio, incluso que lo lleva a no saber que hacer cuando tiene ese tiempo llamado libre.

Pero en la realidad actual por fuera de nuestra burbuja, esa particular *temporalidad* también aburre a aquel que no tiene trabajo, que padece ese *tiempo muerto*, a veces con la característica de ser tan “eterno” que hace desaparecer la angustia: como quien vive ese tiempo, muerto. Si volvemos a la cuestión socio-económica, cabe recordar que hay poblaciones extensas, donde nos encontramos frecuentemente con varias generaciones de desocupados, ya personas que tienen ese rasgo común de *deshilvandados* del sistema social, que aunque en el discurso massmediático aparecen como minorías son (en Latinoamérica el menos) una mayoría -a veces- silenciosa. Nos encontramos incluso con el paradójico *aburrimiento crónico* de esos adolescentes cuya salida es la impulsión, la cumbia o el rock & roll, el arrebato, la ruptura como llamado desesperado, que en Winnicott se nombró como *tendencia antisocial*.

Para no caer ahora en la desesperanza, subrayo igualmente con Cohen Agrest la idea de ubicar en el aburrimiento más una cuestión de *sentido* que de pereza, desocupación o vagancia. Y sobre esto nos enseñan tanto los pibes chorros como los ancianos que hacen ciclismo por los bosques de Palermo o al borde de la ruta (nunca más precisa la imagen como metáfora).

Nuestra filósofa finaliza ese artículo diciendo que “si no se tolera cierto grado de ese mal, se vive una vida reducida a huir del aburrimiento” (5). ¿Huir o tolerar? Opción por la ironía, al fin, ante la idea de una terapéutica del aburrimiento.

Los analistas y la cronicidad: ¿el aburrimiento de quién?

Desde el psicoanálisis, en un recorte y sin ánimo de realizar un estudio histórico, si vamos a su fundador y a Lacan como un analista paradigmático de la segunda mitad del siglo XX, ambos prácticamente no hablan de cronicidad. Freud utiliza el término “crónico” pocas veces, para adjetivar algún caso, como ser al referirse al alcoholismo crónico, mientras que Lacan se refiere en ocasiones a la cronicidad del delirio. Ambos hacen alusión al delirio crónico de las psicosis.

Ahora bien, de algo de lo cual habla J. Lacan es del aburrimiento. Típicamente llega incluso a formularse al sujeto que está aburrido como aquel que *quisiera otra cosa*³ (16). Alain Didier-Weil, un interlocutor de los Seminarios en París, dirá que el aburrimiento “en el fondo es lo que se produce cuando un sujeto ya no es apto para la sorpresa, para el asombro”. Y esto tendrá relación con el desgaste de lo que Lacan llama la *metáfora paterna* (aquello que instaura el deseo en el sujeto), con la repetición en tanto monotonía, incluso en una dimensión donde esa repetición afecta al cuerpo, en su dimensión de quedar como desecho, como resto.

Nos llamó la atención que, en la búsqueda bibliográfica, otros analistas de distintas orientaciones, por muchas décadas escasamente hablan de la temática de lo crónico, de la cronificación. ¿Un problema de época?, ¿de tiempo? O más bien: ¿de *falta de tiempo*, de los analistas, para pensar y trabajar sobre el tema? Parece quedar del lado de lo que está por fuera de los tratamientos, del alcance de los análisis, de los intereses de los analistas. Pacientes crónicos, cronificados, pacientes “sociales”, ¿mejor que queden para la asistencia social? ¿Un problema político, no de deseo? Ni los analistas ni los psiquiatras tendríamos que ver con esto.

Como aporte rescato un texto de E. Laurent, quien al referirse al problema de la cronicidad, donde incluimos nosotros la idea de cronificación, dice que “no es un problema de duración”, porque un sujeto con determinado trastorno mental “puede requerir un tratamiento de por vida”. Sino que la cronicidad “se produce cuando ya no quedan objetivos terapéuticos” (19). Queda del lado del terapeuta, del analista, pero en otra dimensión, ligada al deseo, la cuestión de la cronicidad. Continúa diciendo que “en la lucha contra la desesperación, contra la falta de proyectos, de objetivos, no sólo de tipo comportamental, sino pensando la vida de un sujeto, el psicoanálisis tuvo una participación, por ejemplo, luchando contra *las formas de depresión del terapeuta*”. Y “participó en la *evaluación del límite* con que tropiezan las distintas formas de reordenar los tratamientos en Salud Mental” (19).

Entonces -como lo tratamos en otros textos (22, 23)-, si ubicamos la cronificación en consonancia con

³ Como lo expresa J. Lacan, en el Seminario 5, Clase 9, y lo retoma en Radiofonía y Televisión (1970): el “aburrimiento, es decir con el afecto del deseo de Otra-cosa”.

la "falta de objetivos terapéuticos", podrán encontrarse, si quieren, con las cuestiones atinentes al *aburrimiento... de los terapeutas*, con sus dispositivos y sus instituciones.

No se trata de plantear algún imperativo hedonista para huir de él, mucho menos pensemos que la vía para alejarnos de ese aburrimiento es el *furor por curar*, o la búsqueda de soluciones terapéuticas ideales en situaciones cuya "realidad" (tan subjetiva como objetiva, si cabe hacer esta divisoria) puede resultar angustiante.

Como he destacado al pensar el trabajo de coordinación y supervisión de equipos con el dispositivo de Acompañamiento Terapéutico (22), nos encontramos en muchos de estos tratamientos con pacientes que *no demandan nada*. H. Heinrich (14) dice al respecto que hay sujetos que no pueden articular una demanda, "...al menos todavía", utilizando un adverbio cuya temporalidad remite a la necesidad de una presencia y una escucha, que no es cualquiera. Hubo durante años teorizaciones que nos resguardaban de intentar trabajar sobre esto. "No teníamos que hacer ninguna oferta para que esa demanda se produjera", afirma Heinrich. Y más que esperar a que los pacientes se adecuen a nuestro dispositivo, cabe preguntarnos qué dispositivo es el adecuado para estos pacientes. Para cada paciente. Y entonces se requiere ubicar una oferta, acorde al sujeto.

Se trata, y es otra manera de pensar muchos de estos casos, de sujetos que tienen ese rasgo de *falta de confianza*⁴ en que alguien pueda escucharlos, "entenderlos", y por lo tanto no pueden depositar un saber y confiar en un analista/terapeuta. Nos encontramos allí con una ausencia de esa especie de acto de fé que implica la vida social (27), lo cual tiene consecuencias en el devenir subjetivo.

Y Heinrich hace una apreciación muy atinente: "Algunas propuestas del psicoanálisis en general y del lacanismo en particular, han sido degradadas de tal manera que se ha confundido por ejemplo abstinencia con indolencia (como dice Ulloa), encuadre con rigidez, no satisfacer la demanda con ser descorteses, no comprender con no acompañar..." (14). Pero además esto se ha confundido con la mudez, con no responder a nada, siendo esa "no respuesta" también algo estereotipado, que lleva al analista a un lugar donde nada puede ser "depositado" allí -en términos transferenciales-.

Ahora bien, luego estos casos serán considerados *inalizables*, a partir de una tautología donde la posición del analista no permite ningún trabajo de análisis posible, *ningún juego*, apelando a la famosa analogía con el lugar del analista como el del *muerto*, en el juego del bridge. Son los sentimientos del analista los que *sólo tienen ese lugar posible*, anotemos.

Y Heinrich habla del "desafío para el psicoanálisis en el nuevo milenio, en el que la palabra está tan degradada y en el que hay tanta terapias que ofre-

cen soluciones mágicas", "¿...realmente creemos que alcanza con poner cara de nada y preguntar a usted qué le parece?" (14)

El problema para el terapeuta, y lo decíamos también para el acompañante terapéutico (22), es que produce bastante malestar esa posición de estos pacientes que no vienen a demandar un saber, esa falta de confianza, que hasta puede llevarnos en este punto al *acting*, creyendo que con nuestra *prisa* hacemos una intervención terapéutica.

Junto a aquellos sujetos que en la vertiente de la demanda se presentan así, nos encontramos en este terreno de la cronicidad con pacientes que no necesariamente son los clásicos cuyos defectos aparecen descriptos en relación a la inapropiada permanencia en una institución, ni siquiera con los defectos producto de una excesiva y errónea medicalización. Son aquellos -tanto del orden de lo *inclasificable* como casos de psicosis crónicas- en los cuales hay un aplastamiento indefinido de su tono anímico, una apatía permanente o cíclica que lo deja en un círculo cerrado aunque esté inserto en un marco institucional abierto como el de un hospital de día, con problemáticas que aparecen solidificadas en una lógica institucional asocial, que lleva después de varios años a una especie de "meseta" que aplasta al sujeto, cuyo rasgo en común es la reacción -contratransferencial- que generan en el/los terapeuta/s (suelen ser múltiples...).

En estos casos que se presentan con el fenómeno de la cronicidad, no está de más recordar que hay cierta lógica a revertir: aprender a ser "más pacientes", esto es, a saber *esperar*, tolerando ese "no saber" que podrá hacerse en el devenir del tratamiento, cuando nos encontramos con el silencio constante, con la ausencia de palabras.

Se habla de la *errancia* de estos pacientes respecto del ideal de la institución (27). La cuestión es qué pasa con aquellos que quedan fuera del ideal de paciente, y no me refiero a que queden alejados del ideal de salud (podemos tolerarlo), sino el ser humano no agrupable en el conjunto ligado a lo "tratable", lo "analizable", lo "curable"...

Por una o varias de sus características *no-psicopatológicas* estos pacientes, por su presentación para quienes trabajamos en instituciones, conducen a veces a cierto "aplastamiento" también en los terapeutas, al aburrimiento no tan abundantemente informado en los papers y manuales de las especialidades.

Rafael Huertas hace mención al "paciente crónico adulto joven", donde el tema de la cronicidad (15) podemos asociarlo a la incapacidad de las instituciones y los profesionales para ofrecer soluciones, lo cual "crea el problema", o lo recrea hasta el infinito.

Es que, despejando estas cuestiones "inherentes al lugar del terapeuta", podemos ver muchas veces que el *sujeto* etiquetado por su *déficit* seguirá su rumbo, singular, con marchas y contramarchas, a veces sin poder sostenerse y sin contar con recursos que lo acompañen

⁴ En términos de A. Didier Weill puede definirse como "falta de confianza en el significante".

-cuando es necesario- en ese devenir, muchas veces sin poder ser *alojado* desde ningún espacio de abordaje (23).

Esto lleva finalmente a valorar el trabajo en equipo, en el espacio de control/supervisión, así como la apuesta a incluir recursos y herramientas alternativas o complementarias, artesanales, en el marco de un proyecto terapéutico, permitiendo no "agotar" a los terapeutas, que terminan también "cronificándose" o abandonando/derivando el caso. Ubicar un objetivo terapéutico puede estar a veces simplemente en el hecho ofrecer y sostener *alguna escucha*, la singular, para cada sujeto. Considerando además que algo de la cronicidad podrá limitarse si apuntamos a evitar los efectos de la desinserción social, y mitigamos en cuanto sea posible la caída del sujeto respecto de las redes y los lazos que le dan humanidad. Que es una caída donde no es indiferente la dimensión del lazo transferencial que pueda establecer ese sujeto.

Leyendo a Freud, en su correspondencia con E. Weiss, subrayamos una "recomendación" que viene al tema: dirá que es conveniente no mostrar "impaciencia", y advierte también sobre el furor o la "ambición terapéutica", que puede jugarnos en contra en estos casos, que resulta tan negativo en muchas situaciones en especial con pacientes con tratamientos recurrentes, con este estigma de "cronificación", en pacientes con deterioros y lesiones orgánicas, etc. (22). Al respecto, expresa que "debemos estar contentos de haber aprendido algo en cada caso", apelando al *deseo* que ponemos en juego en cada tratamiento, en esas situaciones que resultan tan agotadoras, que se presentan como muy "frustrantes", como queda dicho en la frase "este paciente no avanza".

En los proyectos terapéuticos con sujetos en situación de cronicidad, nos encontramos con intersecciones que suelen ser polémicas: entre la particularidad del trabajo clínico y la tarea que permita sostener o reformular el lazo social; entre el psicoanálisis y la psiquiatría; entre los recursos anónimos de las políticas sanitarias y la apelación al sujeto en su singularidad; entre el adentro y el afuera; entre la serie y la artesanía; entre las rupturas y la continuidad; también finalmente entre lo ideológico-político y la asepsia de técnico-científica; para lo cual apelamos a conti-

nuar abriendo el debate, que esperamos nos aporte a pensar en términos del armado de un rompecabezas (de uso recomendable para evitar la cronicidad, según los especialistas), escurridizo esta vez, para no quedar encerrados en una opción (bi)polar, crónica.

Tiempo de concluir

Finalmente, quisimos subrayar las necesidades que implica pensar la clínica actual en su intersección con el *espacio social*, en una continuidad no exenta de complejidades, con la implicancia que tendrá para aquellos decididos a alojar el padecimiento psíquico en sus formas más severas. Si de alojar al sujeto se trata, no será para pretender atarlo a alguna regla, a algún ideal, aunque creamos que sea lo mejor.

Con este recorrido conceptual, apostamos a orientar en la práctica un punto de inicio, que es un reinicio si se trata de pacientes institucionalizados, con frustrados intentos de tratamientos durante años.

Destacamos también que el abordaje terapéutico tendrá otro horizonte, y otras posibilidades de sostenerse, si consideramos aquellas coordenadas que hacen al *más allá* del tiempo y espacio de la atención en la institución o el consultorio, y que tocan justamente temas de la cotidianeidad, de los vínculos sociales y familiares, de la economía, que no es solamente las condiciones materiales sino también la economía subjetiva, esa del *sentido* para el día a día. Es en esa conjunción de vectores donde entendemos que la consideración social de la problemática también determina la asistencia institucional, las posibles reformas y el tipo de asistencia que en cada momento una sociedad, y sus terapeutas, organizan. Y en ese contexto es donde también ponemos el acento en la vertiente de la cronicidad que nos incumbe: para permitir que las cronificaciones no sean efecto de la falta de atención, de la ausencia de escucha, de la inercia frente a la posibilidad de construcción de dispositivos y redes artesanales, de la ignorancia respecto de la dimensión político-cultural del problema. Es decir, se trata de evitar lo evitable, aunque parezca obvio. Para que en esto no se nos vaya la vida, la nuestra y la de aquellos que llamamos pacientes ■

Referencias bibliográficas

1. AAVV. La urgencia generalizada. Belaga G (comp.). Buenos Aires, Ed. Grama, 2004.
2. Amarante P. Locos por la vida. La trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil. Buenos Aires, Ed. Madres de Plaza de Mayo, 2006.
3. Castel R. La inseguridad social. Buenos Aires, Ed. Manantial, 2004.
4. Cels-Mdri. Vidas arrasadas; la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Buenos Aires, Ed. Siglo XXI, 2008.
5. Cohen Agrest D. El aburrimiento. Buenos Aires, Revista La Nación, 15/1/2009.
6. Colucci M, Di Vittorio. Ni manicomio ni control social. Buenos Aires, Diario Página 12, 19/10/2006.
7. Declerck P. Los Náufragos. Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2006.
8. Delgado O (comp.). Los bordes en la clínica. Buenos Aires, JVE Ediciones, 1999.
9. Desvat M. Editorial. *Rev Psiquiatría Pública* 1999; 11 (3), Madrid.
10. Douville O. Salud Mental y Cultura - Sobre Los Náufragos... *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría* 2006; 26 (98): 391-396.
11. Foucault M. Microfísica del poder. Madrid, Ed. La Piqueta, 1979.
12. Gueller D. Entrevista a Roland Broca. *Rev Psicoanálisis Hospital* 1994; año 2, n° 4, Buenos Aires.
13. Healy D. Psicofarmacología y dominación del ego. Gran Bretaña, La Insignia, 2002.
14. Heinrich H. Clínica del nuevo milenio – Impulsiones y formalización sintomática. *Clepios* 2003; 9 (31).
15. Huertas R. Los laboratorios de la norma. Barcelona, Ed. Octaedro-CSIC, 2008.
16. Lacan J. El Seminario libro 5. Las formaciones del inconsciente. Buenos Aires, Ed. Paidós, 2007.
17. Lassaunière J. Reportaje. En: Diario Página 12, Buenos Aires, 4/6/2007.
18. Laurent E. Ciudades analíticas. Buenos Aires, Ed. Tres Haches, 2004.
19. Laurent E. Psicoanálisis y Salud Mental. Buenos Aires, Ed. Tres Haches, 2000.
20. Leal Rubio J, Escudero A (comp.). La continuidad de cuidados y el trabajo en red en Salud Mental. Madrid, Ed. Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2006.
21. Matusevich D, et al. Modelo de comunidad terapéutica en internaciones psiquiátricas breves. *Vertex, Rev Arg Psiquiatr* 2006; 17 (65): 55-64.
22. Rossi G. Acompañamiento Terapéutico. Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores. Buenos Aires, Ed. Polemos, 2007.
23. Rossi G. El día, más allá del Hospital, en el libro Hospital de Día, particularidades de la clínica. AAVV. Bertran G (comp.). Buenos Aires, Ed. Minerva, 2004.
24. Scheiger A. El sector Salud Mental, influencias político-económicas y nuevas perspectivas. *Vertex, Rev Arg Psiquiatr* 1997; 7 (30): 289-290.
25. Stagnaro JC. Cronicidad y cronificación, efecto de sujeto y efecto social. *Vertex, Rev Arg Psiquiatr* 1993; 4 (14).
26. Vaschetto E (comp.). Psicosis actuales. Buenos Aires, Ed. Grama, 2008.
27. Vaschetto E, Faraoni J. Del no-grupo al residuo singular. En AAVV: Psicoanálisis y Psiquiatría. Ed. Grama, 2008.
28. Virilio P. Ciudad pánico. Buenos Aires, Ed. Del Zorzal, 2006.

Entrevista a Norberto A. Conti

por Santiago A. Levin



Norberto Aldo Conti es Médico Psiquiatra, Profesor Titular de Historia de la Psiquiatría en la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador. En la Universidad de Buenos Aires es Profesor Adjunto de Psicología y Psiquiatría Existencial (Facultad de Psicología), y Profesor de Introducción a la Filosofía (Carrera de Médicos Psiquiatras, Facultad de Medicina). Fue presidente del capítulo de Historia y Epistemología de la Psiquiatría de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) entre los años 2000 y 2004. Y es Jefe del Servicio 25-A de Psiquiatría en el Hospital José T. Borda (GCBA) desde el año 1996.

Quien realiza esta entrevista tuvo el privilegio de ser testigo de una transformación conmovedora: un Servicio de pacientes crónicos y cronificados se convierte, en pocos meses, en un Servicio de pacientes de largo tratamiento. Un rincón dentro del hospital que recordaba, estremecimiento mediante, al insoslayable relato La sala número seis de Antón Pávlovich Chéjov, escrito a finales del siglo XIX, adelanta un siglo en poco menos de un año. Hay voces, hay diálogo, hay interdisciplina, hay equipo de salud. Hay asambleas

de convivencia, hay conflicto. Hay permisos de salida, hay altas, hay seguimiento posterior al alta. Hay contradicciones, autocrítica. Las camas disminuyen a la mitad en pocos años. Hay cambios en los esquemas de medicación. Hay psicoterapia, trabajo intenso con las familias...

Los mismos sujetos internados, mismo nombre y mismo apellido, ya son otros.

Sin desconocer que experiencias como la que presentamos son numerosas en nuestro país, quisimos en esta oportunidad darle la palabra (y con ella el reconocimiento) a un colega que llevó adelante una transformación que otros se contentan únicamente con enunciar.

Vertex: Cuéntenos con qué panorama se encontró cuando se hizo cargo del Servicio en el año 1996, un Servicio catalogado como de pacientes psiquiátricos crónicos.

N. A. Conti: Así es, catalogado como un "Servicio de crónicos". Hay una larga cultura en el hospital de clasificar a los Servicios en agudos y crónicos. En realidad, si vamos a lo organizacional, a lo administrativo, en el momento en que me hago cargo del Servicio no tenía el nombre de "Servicio de crónicos", lo cual era un avance, pero el nombre que tenía, que era "Servicio de largo tratamiento", no se utilizaba. En este punto yo insistí mucho, porque no es lo mismo decir "Servicio de crónicos" que de "largo tratamiento". Para cuando me hago cargo ya había una normativa de departamentalización que databa de 1989, en la cual se pasaban a llamar los Servicios: "de corto tratamiento", "de mediano plazo" y "de largo tratamiento", para romper con esa dicotomía de agudo-crónico.

Los Servicios de corto tratamiento, podríamos decir agudo, pensados para pacientes entre 30 y 60 días; los Servicios de terapia a corto plazo, que en realidad son un mediano plazo, pensado hasta los 180 días aproximadamente. Y los Servicios de largo tratamiento, que según esa normativa son todos aquellos que tienen pacientes de más de 720 días de internación, o sea dos años.

El perfil de los Servicios de largo tratamiento era realmente muy diferente. Me hice cargo de un Servicio donde estaban los pacientes de mayor tiempo de internación en el hospital en ese momento. Una de las primeras cosas que hice, para ver cuál era la situación de los pacientes fue revisar el tiempo de internación.

Vertex: ¿Y con qué tiempos de internación se encontró?

N. A. Conti: El 50% de los pacientes tenía más de 20 años de internación y había un paciente, al que yo llamé simpáticamente el *paciente insignia* del Servicio, que había sido internado en el año 1949.

Vertex: Es decir que en 1996 llevaba 47 años internado.

N. A. Conti: Esto se entiende porque había entrado muy jovencito, con un retraso mental. En 1996 era ya un hombre anciano, que era visitado regularmente por sus hermanas también ancianas y cuidado por ellas, pero que nunca había sido dado de alta. Uno se preguntaba cómo es que este hombre nunca fue dado de alta, y es en ese sentido que yo lo llamaba *paciente insignia* del Servicio.

La cantidad de pacientes con menos de 6 ó 7 años de internación era mínima. Alrededor del 50% de los

pacientes presentaba un completo abandono familiar o una continencia familiar bajísima. Nos encontramos, al mismo tiempo, con que lo familiar no estaba trabajado desde la conducción del Servicio. Tuve la fortuna de encontrarme con una trabajadora social con la que pude contar desde un primer momento y que siguió todos estos años conmigo. Una profesional que daba la mayor importancia a la situación familiar del paciente, desde lo que atañe a su especificidad como trabajadora social. Entonces la incorporamos, desde su especificidad, en la función terapéutica del trabajo con las familias. Cuando un tiempo más adelante pudimos armar un pequeño equipo de atención familiar, la incluimos como una de las personas de este equipo terapéutico, porque más allá de su título habilitante, yo consideré que había que privilegiar el conocimiento que ella tenía de las familias de los pacientes y el trato que venía manteniendo con éstas.

Esto me permite adelantar algo. Para mí lo más importante a la hora de formar un equipo era romper con los compartimientos estancos de los profesionales, y ver qué podía aportar cada uno -desde su especificidad- a un verdadero trabajo interdisciplinario. Por ejemplo, una trabajadora social a mi juicio podía perfectamente participar e intervenir psicoterapéuticamente con la familia de los pacientes siendo que es la persona que más trato había tenido durante mucho tiempo con esas familias.

Vertex: De compartimientos estancos hacia el trabajo en equipo. ¿Qué otras áreas del trabajo en el Servicio cambiaron en este sentido? Nos referimos a la medicación, a lo edilicio, a las prácticas en general.

N. A. Conti: Cuando yo ingresé al hospital tuve la suerte de participar de equipos que tenían una mirada muy crítica de un funcionamiento que venía de muy atrás. Yo ingreso al hospital en el momento del reinicio de la democracia en la Argentina. En verdad ingreso un poco antes, en 1983. Y después comenzó la democracia, lo que permitió ver que había toda una práctica muy custodial en el hospital que venía de la época de la dictadura, en donde también se había ido mucha gente con una visión diferente de la especialidad justamente escapando de los riesgos de la dictadura. Y cuando comienza la democracia vuelve a aparecer ese pensamiento de cambio y tengo la suerte de trabajar con una de las pocas personas que considero maestro en mi formación, el Dr. Alberto Mendes. Primero fue jefe de un Servicio de internación y en el año 1984 pasó a ser el jefe de consultorios externos. Con él pude conocer la posibilidad de una alternativa a la psiquiatría asilar, una psiquiatría de puertas abiertas, una psiquiatría con una importante presencia de la psicoterapia como elemento de transformación del paciente internado y apertura de posibilidades, una forma de practicar la psiquiatría en donde la actitud, podríamos decir democrática para con

los compañeros, para con los otros profesionales y para con los mismos pacientes era esencial para que hubiese un cambio. Esto a mí me marcó mucho.

Entonces volviendo a la pregunta, ¿cómo estaban las cosas en este Servicio cuando yo llegué y qué pensé en cambiar?, pensé en cambiar muchas cosas. Este era un Servicio que funcionaba realmente como una isla, como un compartimento estanco, los pacientes no tenían prácticamente permisos de salida a no ser que viniera específicamente un familiar para sacarlos, no se estimulaba a los pacientes a valerse por sí mismos y salir, comunicarse con la comunidad, abrirse a algún tipo de actividad que los pudiera movilizar. Era imposible que se movilizaran en ese momento porque, con lo que me encontré en las tarjetas de medicación, era con la indicación de altas cantidades de antipsicóticos sedativos que no daban posibilidad al paciente de tener ningún tipo de actividad social, lúdica, de rehabilitación. En realidad uno veía esas tarjetas y eran como si fueran pacientes agudos a los que había que primariamente bajar su nivel de excitación, pero si bien uno puede aceptar una medicación de ese tipo ante una situación de mucho descontrol y riesgo, lo que no había habido en estos pacientes era un pasaje a una medicación más adecuada para un proceso de rehabilitación.

Es cierto que no existía el tipo de fármacos más modernos que aparecieron después, que apuntan a la rehabilitación del paciente. Pero de cualquier manera yo ya había tenido la experiencia, unos años antes, en los consultorios externos, de cambiar mucha medicación de pacientes que estaban muy, muy sedados durante mucho tiempo sin capacidades de rehabilitación, a fármacos de perfil más rehabilitatorio con muy buenos resultados. Y esa misma idea fue la que apliqué: empezamos a disminuir la carga de neurolépticos, que no eran necesarios, para virarlos hacia ese grupo de neurolépticos o fármacos tradicionales, (que antes se llamaban de perfil de rehabilitación) como, por ejemplo, la tioridazina, que dio excelentes resultados en aquella época.

Bajar el caudal de medicación que tenían y cambiarlo hacia una medicación que les diera más posibilidad de interacción social. Esto fue un primer punto. Junto con esto se empezó a dar permisos de salida, lo que no fue nada sencillo al principio. Hubo críticas: ¿por qué dar permisos de salida a determinado tipo de pacientes que nunca habían salido? Pero, poco a poco, esto pudo resolverse y los pacientes con estos permisos y con el tiempo empezaron a hablar, a hacer actividades grupales, talleres, asambleas de convivencia y, poco a poco, todo eso permitió que su vida empezara a tomar otro cariz.

Esto que fue un ciclo muy interesante, muy lindo de mi vida profesional, fue un ciclo que duró aproximadamente cinco años (desde el año 1996 hasta el 2000). Y además quiero aclarar que un dispositivo de

este tipo es imposible llevarlo adelante si no es con el acompañamiento de una buena cantidad de gente.

Vertex: ¿Qué ocurrió en el año 2000? ¿Se interrumpió el proceso o es que se llegó a un estado en el que no era necesario seguir introduciendo cambios?

N. A. Conti: Lo ideal hubiera sido poder continuar con la intensidad de trabajo que se había logrado a lo largo de esos años, especialmente desde el año 1998 hasta el 2000, pero, lamentablemente, esta fue una experiencia que, como todas las experiencias que se hacen en el hospital, se hizo con muy buena voluntad, con muchas ganas de producir un cambio y una mejora en la vida de los pacientes, pero no acompañado de una política institucional. Quiero aclarar este punto. Yo me hice cargo de un Servicio con 48 pacientes internados y no tenía ningún otro profesional médico o psicólogo a cargo, o sea que era un jefe de Servicio pero estaba solo, era el jefe, el sub-jefe y el médico, todo en uno. Los únicos profesionales de la planta del hospital que me acompañaron durante esos años fueron la trabajadora social y una terapeuta ocupacional, cuyos aportes específicos fueron muy importantes, pero no tuve acompañamiento de médicos ni de psicólogos rentados.

Vertex: El equipo *ad honorem* que se fue conformando sentía una gran adhesión al proyecto, ¿eso se estabilizó y duró o en algún momento se fue disolviendo?

N. A. Conti: Efectivamente, se formó un equipo muy lindo, muy interesante. Llegaron concurrentes en los años 97 y 98, también llegaron alumnos de curso de especialistas a partir, creo, del año 97 y se formó un grupo muy interesante. En el mejor momento de nuestro desarrollo llegamos a ser veinte profesionales, pero solo tres eran rentados; el resto era gente que estaba compenetrada con la tarea, profesionales en formación que brindaban una enorme ayuda en este proyecto y que recibían una formación acorde a sus expectativas. Pero este ciclo en cinco años, aproximadamente, se terminó y no hubo un recambio como uno hubiese esperado, es decir que la misma cantidad de gente que egresó ingresara, sino que se fue dando a partir del año 2000, una llegada mucho menor de gente con posibilidades de ofrecer su tiempo *ad honorem*, aunque recibieran formación en un hospital público. Actualmente la cantidad de concurrentes con los que cuenta el hospital y sus posibilidades de compromiso de horarios es muy inferior a lo que fue, por ejemplo, en la década de los 80, o la de los 90.

Vertex: Evidentemente hubo prácticas que se dejaron de llevar adelante con su llegada a la jefatura de Servicio, como por ejemplo la del "paciente ayudante", y hubo otras nuevas que empezaron a implementarse desde cero. De una estructura vertical, cronificante, se dieron pasos hacia otra más horizontal. ¿Cómo fueron esos cambios?

N. A. Conti: En verdad el panorama cambió mucho. Lamentablemente existía una cultura en la cual cualquier intento de crítica acerca del funcionamiento del Servicio por parte de un paciente era leído como una anomalía del paciente y no como una anomalía del dispositivo y, en consecuencia, ese paciente era sancionado, por ejemplo, con más medicación o con observaciones autoritarias. Efectivamente existía la práctica del “ayudante” de Servicio, una práctica durísima que colocaba al paciente, así designado, a disposición de cierta necesidad de quienes tenían, en realidad, la responsabilidad de velar por él. Eso fue algo que me costó mucho modificar, encontré mucha resistencia, pero creo que fue un logro fundamental porque un dispositivo terapéutico no puede funcionar cuando está vigente el rol del paciente “ayudante”, no un ayudante que hasta se podría justificar cuando es una forma de estimular la identidad, la actividad y la rehabilitación del paciente, sino una forma de “ayudante” en la cual el sujeto queda alienado en esa función.

Vertex: Un fenómeno muy típico de la psiquiatría asilar, que no se inventó en la Argentina, que no se inventó en el Hospital Borda...

N. A. Conti: Exacto, era muy, muy común, y formaba parte de la cultura tradicional de la psiquiatría de hospicio, pero justamente por eso era una práctica que era absolutamente fundamental desterrar.

Vertex: ¿Qué cambio produjo mayor resistencia en los pacientes, o en los familiares o en la comunidad hospitalaria?

N. A. Conti: Lo que mayor resistencia crea cuando un paciente es puesto en un dispositivo de rehabilitación que tiende a devolverle la libertad, paradójicamente, es propiamente el ejercicio de la libertad. Llega un momento en que molesta en su propio entorno. Me atrevería a decir que el ejercicio de la libertad molesta en un paciente psiquiátrico, porque en el fondo quien lo ve como un paciente psiquiátrico lo concibe con un *handicap* peyorativo, con una mirada netamente prejuiciosa. Ciertas críticas que no molestarían cuando provienen de una persona “normal”, sí molestan cuando las hace un paciente psiquiátrico y sobre todo uno que ha permanecido internado durante mucho tiempo. Creo que a los responsables de los dispositivos terapéuticos, en un proceso de transformación de una estructura asilar a una estructura terapéutica diferente, esto les pesa en algún momento. Porque a los pacientes que han estado amordazados durante mucho tiempo, cuando empiezan a hablar hay que escucharlos, hay que sostenerles la crítica, hay que responderles sus interrogantes y creo que eso es una de las cosas que mayor malestar y resistencia produce.

Vertex: Se podría decir también que lo que produce resistencia es la circulación de los pacientes llama-

dos psiquiátricos por la comunidad o por los alrededores de la comunidad no psiquiátrica.

N. A. Conti: Así es. Aunque en los alrededores de la comunidad no psiquiátrica a veces son mejor aceptados que dentro de la misma institución. La circulación dentro de la institución es la más dificultosa para los pacientes que están en proceso de hacer uso de esa libertad recuperada. En general, se habla de que los pacientes tengan actitudes autogestivas, que hagan asambleas de convivencia, pero cuando en una asamblea de convivencia los pacientes sostienen críticas o posiciones que no son totalmente compartidas por aquellos que son responsables de las áreas por donde los pacientes transitan, entonces la cosa se pone complicada, porque ahí es muy difícil que la libertad del paciente pueda mantenerse como se mantendría la libertad de una persona no paciente.

Vertex: Cuando Ud. llegó al Servicio las *altas* no eran comunes.

N. A. Conti: No, no eran para nada comunes. Había muy pocas altas por año.

Vertex: ¿En qué medida esto se modificó?

N. A. Conti: Mucho. Entre las cosas que hicimos, cuando practicamos el primer análisis del estado de situación de los pacientes en el Servicio, lo que consideramos fue que todos tenían que tener un cambio, mejorar su situación. El hecho de decir que el paciente fuera crónico, con ese prejuicio de que nada cambia y que solamente lo vamos a ver empeorar, no podía seguir siendo una línea de trabajo porque, en realidad, es una línea de no trabajo. Entonces lo que hicimos fue caracterizar a los pacientes en dos grupos: aquellos pacientes que en algún momento se iban a ir de alta, que podía ser un alta a mediano o largo plazo, y aquellos pacientes que sabíamos que nunca iban a tener la capacidad de irse de alta. Privilegiamos objetivos en un grupo y en otro; obviamente que en aquellos pacientes que veíamos que, aunque fuese a largo plazo, tenían posibilidades de alta, lo que se priorizó fue ir trabajando escalonadamente los pasos necesarios para llegar al alta, pero en los pacientes que no se iban a ir de alta lo que pusimos como horizonte de trabajo fue mejorar la calidad de vida.

Vertex: ¿Un grupo y otro están diferenciados únicamente por diagnóstico o también por otro tipo de factores?

N. A. Conti: Yo diría que para un Servicio de las características que tenía ese Servicio en aquel momento, la patología, el diagnóstico psiquiátrico, la patología técnicamente diagnosticada no era para nada el elemento más importante para discernir si el paciente iba a poder alcanzar en algún momento un alta o no.

Vertex: ¿Cuáles eran los otros factores?

N. A. Conti: Los otros elementos son básicamente, por un lado las posibilidades del paciente de armar algo afuera de la institución, si tiene una familia continente, no continente o medianamente continente; si el paciente tiene algún otro tipo de relación social fuera del hospital que no sea familiar, que pudiera acompañarlo en este proceso, si tiene amigos, instituciones que se puedan hacer cargo de él, o al menos ayudarlo. Teníamos pacientes sin ningún referente que permitiera ponerlos en circulación social fuera del hospital, y por otro lado después de tantos años de internación el grado de deterioro que puede haber alcanzado un paciente es muy alto. Recuerdo que en aquel primer momento teníamos pacientes con deterioro psiquiátrico y neurológico importante, el cual, sumado a la falta de toda contención social en el afuera, hacía prácticamente imposible pensar en la posibilidad de externación.

Vertex: Se entendía como una situación clásica de hospitalismo.

N. A. Conti: Sin duda. Cuando nosotros definimos, un tiempo después de haber empezado esta experiencia, algunos lineamientos teóricos de lo que veníamos haciendo, hicimos una presentación en un ateneo, si mal no recuerdo en el año 98, que se hace para toda la comunidad del hospital, y ahí decíamos que la tendencia a la cronificación que siempre ha sido leída, por lo menos desde la psiquiatría de la segunda mitad del siglo XIX, como algo inherente al desarrollo natural de la enfermedad, particularmente en el caso de la esquizofrenia que era el 99% de los diagnósticos de los pacientes que teníamos internados, este deterioro y esta cronificación como enfermedad natural había cubierto otras formas de generar deterioro en los pacientes, y la forma más importante en el caso del hospital es justamente la falta de contacto con el afuera, lo que en ese momento nosotros llamamos la “desafrentización social”, por darle algún nombre. De la misma manera que neurológicamente alguien pierde contacto con el afuera cuando se pierden las vías neurales aferentes, acá hay una suerte de “desafrentización social”: la ruptura de los lazos hace que el funcionamiento de ese sujeto vaya hacia algo sumamente cronificante. Con la pérdida de contacto con el afuera se pierde la capacidad de percepción, la capacidad de sensación, la capacidad de sentir al unísono con otra persona como producto de compartir con ella todos aquellos aspectos que componen la realidad social, que seamos humanos en el sentido de atravesar una cultura. Cuando el individuo es extraído de la cultura y es encerrado en un cofre, como puede ser la Sala de un hospital, obviamente se deshumaniza, pero se deshumaniza por la falta de contacto con otros humanos, no por un proceso psiquiátrico neurológico natural de deshumanización. Que exista un deterioro orgánico es materia de discusión y requiere un trabajo

de cotejo de muchísima bibliografía científica al respecto. Pero ese debate no quita verdad a la denuncia que hacíamos en aquel momento y que vamos a sostener siempre para los casos de pacientes en situación asilar: es más importante en ese proceso de deshumanización del paciente la ruptura del contacto con el afuera que la evolución del cuadro como enfermedad natural; y a eso agregábamos en aquél momento un tercer elemento que recién se empezaba a discutir en el año 1998: el deterioro, la cronificación producida por los neurolepticos tradicionales recibidos durante mucho tiempo por los pacientes psiquiátricos. Fue alrededor de 1993 o 1994 que se comenzó a observar que los nuevos antipsicóticos atípicos permitían una evolución en el tiempo con menor deterioro que la que se había visto anteriormente en los pacientes.

Vertex: En base a esta experiencia ¿cómo definiría hoy al paciente “crónico”? ¿Qué es un paciente crónico? ¿Dónde está la cronicidad? ¿En el paciente, en la teoría, en la cabeza del psiquiatra, en la institución, en la salud pública, en la demanda que la sociedad le hace a la Psiquiatría?

N. A. Conti: Yo creo que es interesante la pregunta porque hablar de pacientes crónicos en psiquiatría es muy distinto a hablar de pacientes crónicos en cualquier otro sector de la medicina.

Si una persona tiene una diabetes decimos que tiene una enfermedad crónica y eso hoy en día no genera ningún *handicap* peyorativo en el imaginario social sobre las condiciones de vida, de libertad y de posibilidades humanas de la persona; en cambio cuando uno dice “es un paciente crónico” en psiquiatría, lamentablemente como lo decíamos también hace diez años en aquel ateneo, le está poniendo un rótulo y ese rótulo es un prejuicio. Es muy estigmatizante el término “crónico” en psiquiatría, es estigmatizante inclusive porque le resta posibilidades terapéuticas al paciente en la medida en que muchas veces los terapeutas, cuando se les dice “éste es un paciente crónico” no ven posibilidades de trabajo con él. Entonces tiene un estigma social de cómo se lo percibe: como un sujeto enfermo psiquiátrico crónico, que es un sujeto riesgoso, que va a tener recaídas. Alguien que inspira poca confianza: ¿cómo va a sostener algo socialmente y laboralmente?, ¿cómo va a sostener algo afectivamente? Todas esas consideraciones aparecen en forma, consciente e inconsciente, más o menos veladas ante la presencia de un paciente crónico psiquiátrico en su entorno social, pero como si eso fuera poco también aparecen desde el lado del terapeuta, consciente o inconscientemente, cuando considera que el paciente tiene un *handicap* y es muy difícil que algo se pueda modificar. Y aquí aparece otro fenómeno: hasta qué punto vale trabajar con estos pacientes; esto que digo parece muy duro y quizás algunos lo cuestionen; pero, sin embargo, permite entender por qué a lo largo del tiempo los Servicios de “pacientes crónicos” del hos-

pital se fueron vaciando de profesionales, fueron quedando sin gente que trabajara en ellos mientras que la "vidriera" del hospital pasó a ser la de los Servicios de agudos y de terapia a corto plazo. La concentración de los recursos humanos se focalizó en esos Servicios y a la hora de decidir la utilización de recursos humanos para montar, por ejemplo, dispositivos de terapia familiar, se privilegió siempre esos Servicios y no los Servicios de "pacientes crónicos"; configurando una situación tautológica. Porque entonces en la definición de crónico lo que se está definiendo es el tipo de tratamiento que se le va a brindar, con lo cual se les está abriendo la puerta a la cronicidad. Así de complicada es la situación de los pacientes denominados "crónicos". Por eso yo aborrezco el término "crónico" en psiquiatría y he bregado siempre porque hablemos de pacientes de largo tratamiento aunque hasta ahora no he tenido éxito.

Vertex: La experiencia de transformación en este Servicio de pacientes de largo tratamiento muestra que los mismos pacientes, en el mismo lugar físico pero con otra filosofía terapéutica, con otra ética, se transforman en otros pacientes.

N. A. Conti: Estoy de acuerdo. De alguna manera ese enunciado complementa lo que yo decía. Este dispositivo llegó a tener veinte profesionales trabajando en una Sala con cuarenta pacientes internados. Esa era una relación paciente/recurso humano terapéutico sumamente interesante para movilizar al otro, para producir estímulos, rica en estímulos visuales, en estímulos auditivos, en contacto interpersonal. El solo hecho de que a un Servicio de esas características durante todos los días de la semana o tres veces por semana al menos, entren veinte personas distintas, varones y mujeres, y que le digan a los pacientes "Buen día, ¿cómo le va?, ¿cómo está?", que estrechen su mano, ya pone al paciente en una circulación muy diferente a la que había antiguamente.

Vertex: Quienes conocieron el Servicio antes y después recuerdan que en la nueva época los profesionales almorzaban con los pacientes. Se compartía la misma comida, no había una comida para el jefe de Servicio y otra comida para los pacientes. Se jugaba a las cartas después de comer en la misma mesa grande, y entre paciente y paciente se sentaban algunos profesionales y compartían el rato, la comida, el juego. Eso no sucedía antes tampoco.

N. A. Conti: Si pretendemos que en la rehabilitación el paciente recupere justamente su humanidad, es absolutamente indispensable tratarlo como humano, tratarlo como un semejante para que la pueda recuperar, porque si no le estamos dando una señal contradictoria. Decirle a alguien que se tiene que rehabilitar para ser una persona como todas las demás, mientras nosotros mismos marcamos diferencias en el trato, actitud que, evidentemente, el paciente va a percibir, indica que estamos partiendo de una falla en ese trabajo.

Vertex: ¿Qué se necesita, en su opinión, para que un Servicio de pacientes de largo tratamiento funcione como debería funcionar?

N. A. Conti: Algunos dicen que yo soy una persona muy optimista. Yo creo que sí, pero con el correr de los años he perdido optimismo, porque he aprendido cosas de la experiencia. En veintiséis años del Hospital Borda he visto una cantidad de buenos intentos de gente por transformar la situación del hospital, intentos cargados de buenas intenciones, esfuerzos inteligentes, compromisos de vida que llegaron a buen puerto y que lograron transformaciones. Pero, en casi todos los casos, no digo todos porque seguramente puedo llegar a ofender a alguien, pero en casi todos los casos eso tuvo un tiempo de funcionamiento y después se cayó, y, hoy por hoy, en el 2009, el hospital todavía se debe una transformación muy importante para decir que ha dejado definitivamente atrás su historia de hospicio. Pero eso no es resultado de una falta de responsabilidad o de compromiso de los de los profesionales y de todos los trabajadores que los acompañan, de lo que depende que pudiera haber una real transformación es de algo que no hubo nunca. Nunca en veintiséis años hubo en el hospital una política de salud, una política racional de Salud Mental que conciba al Hospital "J. T. Borda" como un dispositivo terapéutico en el contexto de la Salud Mental de la Capital Federal y del área metropolitana. En ese período ningún gobierno, de ningún color, ni el Gobierno de la Ciudad ni el de la nación, pudo proponer y llevar adelante ni siquiera un esbozo de un proyecto de Salud Mental. Y si no hay un proyecto que esté sostenido desde lo político, si no hay un interés político en transformar la situación del hospital, es imposible que de la voluntad de la gente se pueda llegar a una transformación definitiva. De esto estoy convencido.

Vertex: Ramón Carillo decía que la salud es una decisión política.

N. A. Conti: Con esa, como con otras apreciaciones de Ramón Carillo, yo estoy totalmente de acuerdo.

Vertex: ¿Cómo se siente, en tanto profesional comprometido que ha dedicado años de su vida a impulsar una psiquiatría humanística, una terapéutica basada éticamente, en un hospital monovalente, cuando algunos dicen que habría que demoler el manicomio?

N. A. Conti: Y, obviamente me siento mal. Discrepo con esas personas. El problema es que es muy fácil para algunos hablar desde afuera. Una cuestión es hacer una valoración ética o teórica de una institución por la que no se ha tenido ningún recorrido y otra cosa es lo que uno puede pensar cuando ha pasado toda su vida profesional formando parte de

esa institución. Entonces lo que yo puedo decir es que esta institución necesita una transformación.

Las necesidades de los pacientes que nosotros atendemos, las mejoras de la situación ética y humana de los pacientes no se van a resolver por cerrar de plano el hospital. Al contrario: sabemos claramente que se van a producir un montón de nuevas situaciones de injusticia si se cierra el hospital, porque nosotros no somos solamente los 850 pacientes que están internados, somos también la cantidad de pacientes que atendemos todos los días, que internados, que ahora están viviendo en la comunidad y que reciben su tratamiento en este Servicio o en muchos de los otros Servicios que dan permanentemente altas en el hospital. Y ni que hablar de la enorme cantidad de consultas mensuales que tiene el Servicio de consultorios externos, de modo que mirándolo desde adentro, pensar que una de las formas de resolver las injusticias del hospital es cerrándolo de plano me parece un disparate. Las injusticias que puede haber en el hospital, que ha habido o que puede seguir habiendo, se resuelven con una política de transformación de la Salud Mental en la ciudad de Buenos Aires y en el área metropolitana, en donde nuestro hospital, con la enorme potencia que posee para ofrecer recursos terapéuticos de muy buena formación, debería ocupar un lugar muy importante. Pero lo primero que hay que hacer es determinar cuál es el lugar que debe ocupar el Borda, cuál es el lugar que debe ocupar el Moyano, cuál es el lugar que deben ocupar cada una de las unidades asistenciales que hay tanto en la Capital Federal como en el conurbano bonaerense. Porque ni siquiera pienso que lo racional sería resolverlo a partir de un sistema de salud de la Capital, sino que esto se tiene que resolver como un sistema integrado de Salud Mental del área metropolitana. Nosotros sabemos perfectamente que la mayor parte de la demanda que recibimos en el hospital no es de la Capital Federal sino que es mayoritariamente del área metropolitana, y yo sé perfectamente que un paciente de Villa Devoto tarda mucho más tiempo en llegar al hospital que un paciente de Avellaneda, y si yo hablo de Capital Federal dejo al de Avellaneda afuera, entonces creo que lo que nunca se ha hecho acá es tener una idea de una política racionalmente pensada mas allá de las mezquindades políticas de turno, de cada funcionario, de cada gobierno.

Vertex: ¿Sería muy osado decir que la injusticia es mas crónica que la enfermedad mental?

N. A. Conti: Tenemos información de la injusticia desde el origen de los tiempos y más o menos desde entonces tenemos información de la existencia de los padecimientos mentales. Realmente creo que la injusticia tiene mucho que ver con las causas de cronificación de los pacientes. Un sistema justo, un sistema equitativo sería mucho menos cronifican-

te, la patología de los pacientes sería mucho menos cronificante que lo que es hoy en día.

Sería interesante poder pensar que la patología del paciente, el grado de cronificación que el paciente tenga, tiene mucho más que ver con las injusticias de todo tipo que con lo que neuroquímicamente o genéticamente el paciente traiga determinado como su destino de enfermo.

Vertex: ¿Qué rol piensa que tiene la formación del psiquiatra en la reproducción o en la posibilidad de cambio de este sistema que tiende a la cronificación?

N. A. Conti: Sin duda que tiene un rol fundamental. Si lo pensamos en términos epistemológicos, sin ir más lejos, clásicamente como lo ha pensado la concepción paradigmática de Kuhn, podríamos decir que un discurso se retroalimenta permanentemente y si un paradigma científico está constituido por la teoría, la práctica, los lugares de formación, los lugares de agremiación de los profesionales que forman parte de esa especialidad o de esa matriz disciplinar, todo el tiempo hay un perfil que se reproduce. Entonces en una institución que tiene una determinada cultura de funcionamiento, al que llega y es joven se lo forma en esa cultura de funcionamiento. Por lo tanto no hay duda de que el rol de la formación del psiquiatra y no solo del psiquiatra, el rol de la formación básica de todos los profesionales que constituyen el equipo de salud mental, tiene que ver con las posibilidades de transformación. Sin ir más lejos, en los inicios de la democracia se creó en el área de la Nación, a la cual pertenecía en ese tiempo nuestro hospital, una residencia interdisciplinaria de Salud Mental que apuntaba justamente a una formación diferente del recurso humano en la que desde el inicio la interdisciplina iba a ocupar un lugar preponderante. No es éste el momento de historiar esa experiencia, en la que hubo muy buena voluntad en la idea pero muy mala implementación lo cual provocó que en pocos años se cayera. Pero lo traigo a colación en este momento porque creo que sí, que la forma en que se propone la formación básica de los profesionales que trabajan en Salud Mental tiene mucho que ver con las posibilidades de que puedan pensar el cambio y que puedan criticar lo establecido.

Vertex: ¿Hay algo que quiera agregar, que no hayamos preguntado?

N. A. Conti: Tal vez hay muchos puntos más para desarrollar en torno a cómo pensar una clínica de la resocialización, una clínica de la descronificación. Hoy en día en ese sentido el Hospital Borda tiene muchas herramientas terapéuticas: hay muchos talleres, hay muchos espacios de interacción pero, en última instancia, si algo quisiera dejar enfatizado es que todo eso es muy bueno. Los que trabajamos en el hos-

pital nos sentimos orgullosos de estos dispositivos, pero con todo ese enorme esfuerzo no alcanza. Si no hay política de salud para el área, y nunca hemos estado peor que en este momento respecto a ese aspecto, si no hay políticas racionales de transformación de Salud Mental realmente nunca vamos a poder ver una

transformación de la rehabilitación del paciente y por lo tanto nunca vamos a poder ver esa situación de justicia que permita darle al paciente psiquiátrico todas las posibilidades que se le pueden dar de recuperación y de rehabilitación para que ese término *crónico* no sea tan estigmatizante como lo es hasta ahora ■

Una hipótesis acerca de la construcción social de la demencia

Daniel Matusевич

Médico Especialista en Psiquiatría
Coordinador del Equipo de Psicogeriatría del HIBA - Hospital Italiano de Buenos Aires
E-mail: daniel.matusевич@hospitalitaliano.org.ar

*“Cuando los padres dan a los hijos,
todos ríen.
Cuando los hijos dan a los padres, todos lloran”
Cita del Talmud (3)*

*“Estoy disfrutando de uno de mis claros de lucidez.
Me encantan y los valoro, pero también me entristecen.
Es como estar en un planeador y elevarse
con una ráfaga de viento sobre un banco de niebla a ras del suelo.
Por un momento una puede verlo todo tan claramente...
y al mismo tiempo una sabe que el viento morirá
y el planeador de una se hundirá en la niebla de nuevo”
Stephen King (10)*

Introducción

En esta presentación trataremos de articular algunas ideas y conceptos en torno a la cuestión de las demencias y sus posibilidades de construcción social.

La evolución crónica y deteriorante que caracteriza a ese grupo de enfermedades puede ser considerada paradigmática en torno al lugar social que ocupan aquellos

que las padecen o, mejor dicho, podemos decir en palabras de Marc Auge al “no lugar” que ocupan (2).

“No lugar” definido por las coordenadas sociales y medicas de la estigmatización y de la institucionalización, que se van instalando al ritmo de los cambios que se producen en la identidad de la persona.

Resumen

En este trabajo se articularán algunas ideas en torno a la demencia y al lugar social que ocupan las personas que la padecen. Se explicitan algunos ejemplos provenientes de autores de la literatura y la medicina como Sacks, King, Franzen, Post, etc., tratando de evitar los enfoques convencionales sobre la enfermedad para ofrecer al lector una mirada que contraponga a nuestra “cultura hipercognitiva” la “cultura de la demencia”.

Palabras clave: Demencia - Cultura hipercognitiva - Cultura de la demencia.

THE SOCIAL CONSTRUCTION OF DEMENTIA: AN HYPOTHESIS

Summary

The purpose of this paper is to discuss some ideas concerning the relationship between dementia and the role people with it play in the society. I develop some examples from literature and medical authors such as Sacks, King, Franzen, Post, etc., avoiding conventional perspectives about this disease. The objective is to show a new “dementia culture” against our “hypercognitive society”.

Key words: Dementia - Hypercognitive society - Dementia culture.

Una mirada que sólo tenga en cuenta a las variables biomédicas aportará, en el mejor de los casos, una comprensión de los significantes más superficiales de la enfermedad, dejando de lado todo aquello que tenga que ver con el sufrimiento de la persona y su familia, testigos y protagonistas de la desintegración del yo de aquel que la padece.

Creemos que las demencias están redefiniendo el paisaje cultural de nuestro tiempo debido al progresivo envejecimiento poblacional y a que la edad es el principal factor de riesgo para padecerla; biología, valores culturales y orden social se ven entonces desafiados por una enfermedad que amenaza seriamente la calidad de vida del género humano en el futuro próximo.

Analizaremos el lugar social de estas personas tomando como eje articulador el trabajo de Aquilina y Hughes inspirado en la obra y las ideas del director de cine George Romero (1).

En las diferentes películas que componen la saga creada por el director americano George Romero, los zombies protagonistas de sus películas son cuerpos muertos pero a la vez son seres humanos que sienten y pueden percibir la agonía de su decadencia.

Podemos decir que estas personas habitan una "dimensión desconocida" ubicada justo entre la vida y la muerte; en nuestra sociedad los seres humanos que padecen demencia pueden ser tratados como muertos ambulantes que despiertan temor y lástima al mismo tiempo.

La palabra latina demencia fue utilizada por primera vez en Roma y proviene del vocablo *demens* cuyo significado en inglés es "out of one mind", algo así como "se le fue la mente de paseo"; una idea fundamental sostenida por gran cantidad de autores es la que a medida que la enfermedad progresa la persona que la sufre va per-

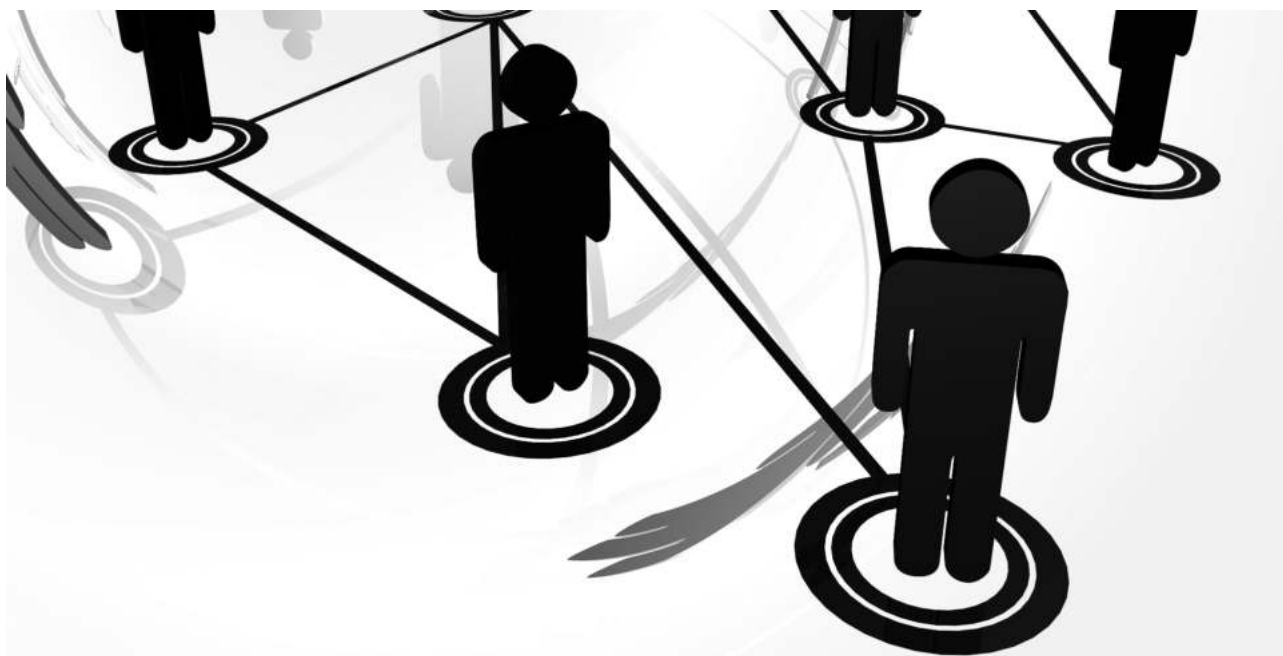
diendo lentamente su "yo" (*self*), entendiendo por *self* a aquello que nos define como personas y como seres humanos.

Dicho en otras palabras, lo que la enfermedad produce es una deshumanización progresiva en aquellos que la padecen hasta llegar a ser vistos como desconocidos por el entorno significativo.

Son muy habituales los comentarios de las familias y los cuidadores refiriendo que la persona que están cuidando ya no es más la persona que una vez conocieron; probablemente el punto de quiebre donde esto queda establecido es cuando la persona que padece demencia deja de (re)conocer a las personas del entorno.

No sólo a las familias les sucede esto, sino que también encontramos algunos relatos correspondientes a la mitología clásica que nos revelan que hasta a los dioses les era complicado ser cuidadores; veamos este ejemplo: la diosa Aurora se enamora de Titono, hijo de Hércules y de Estrimo, y lo rapta llevándolo a Etiopía donde se casan y tienen dos hijos, Emation y Memnon. Titono es especialmente célebre por su decrepitud, inacabable y progresiva, proverbial e irremediable, pues, habiendo obtenido la inmortalidad ya sea por petición de Aurora a Zeus, ya de él mismo a Aurora, ni la una ni el otro se acordaron de pedir al mismo tiempo la eterna juventud de la que los dioses gozan a la vez que de la inmortalidad, con lo que Titono envejeció tanto que últimamente la Aurora o lo encerró para siempre en su cuarto donde, inmóvil en el lecho, emite entrecortados balbuceos, o lo transformó en cigarra para oír siempre su canto (17).

Parafraseando al inmenso Oliver Sacks la pregunta que tenemos que hacernos y que plantea interrogantes de todo tipo (prácticos, clínicos, existenciales, filosóficos) es qué clase de vida, qué clase de mundo, qué clase de yo se puede preservar en aquellos individuos que



hayan perdido la mayor parte de la memoria y con ello sus pasados y sus anclajes en el tiempo (19).

Existen gran cantidad de ejemplos significativos (aparte de muchas historias relatadas por cuidadores de manera informal) que contradicen ampliamente la visión de la demencia como enfermedad que aniquila inexorablemente el alma de quienes la padecen; dada la escasa difusión que poseen nos pareció que vale la pena detallar algunos a continuación.

En el ensayo-relato, incluido en el libro "Cómo estar solo" el escritor norteamericano Jonathan Franzen explora la desaparición gradual de la identidad en su padre, enfermo de Alzheimer; relata lo que él llama "episodios lúcidos", que son momentos en donde la persona enferma abandona el "confinamiento mental" al que lo somete la demencia a través de actitudes o comentarios que demuestran que está mucho más conectado con su situación de lo que se pueda llegar a imaginar (7).

El autor plantea que la tristeza y el horror que despiertan la enfermedad proceden de que el paciente pierde su "yo" mucho antes de que su cuerpo muera; veamos qué nos dice Franzen al respecto: "Esto me parece, en general, correcto. Para cuando el corazón de mi padre se detuvo, hacía años que yo le lloraba. Y sin embargo, cuando pienso en su historia, me pregunto si las diversas clases de muerte pueden estar en realidad tan separadas, y si la memoria y la conciencia poseen tanta importancia, al fin y al cabo para la sede de la identidad. No paró de buscar significados en los dos años que siguieron a la pérdida de su supuesto "yo", y no cesó de encontrarlos" (7).

Elvio Gandolfo, cuyo padre también fue víctima de la misma enfermedad, sostiene, en una interesante crítica al relato de Franzen, que la propia naturaleza de lo narrado impone esa mirada americana que parece confiar en la pura razón y el pragmatismo para alejar los matices y

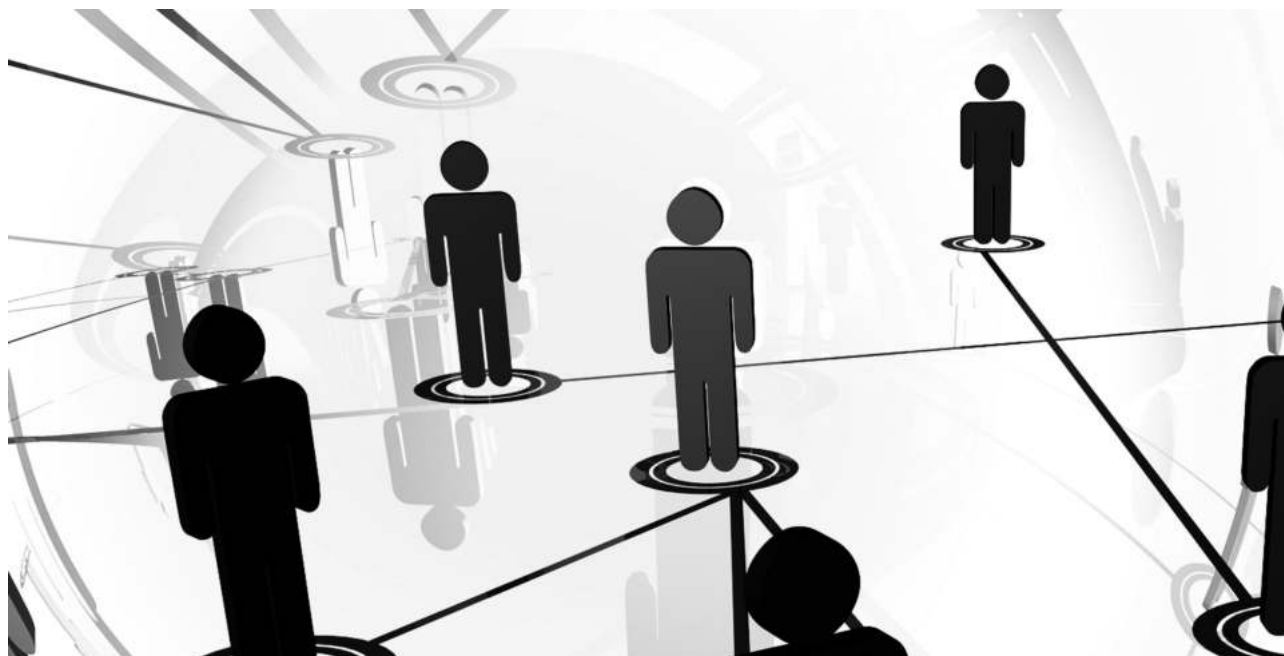
las complejidades del dolor, el recuerdo y los sentimientos; sin embargo, también podemos agregar que en ese pragmatismo existe una búsqueda que permite dotar de sentido y de humanidad a las jornadas marcadas por el padecimiento (8).

John Bayley relata en su libro "Elegía a Iris" su vida con la escritora Iris Murdoch; la segunda parte del libro es un relato que empieza a mitad de los años noventa, cuando se manifestaron los primeros indicios del Alzheimer de la escritora y de cómo la pareja fue (de)construyendo su vida en común para enfrentar los desafíos que la enfermedad les fue proponiendo. El autor relata que jamás pensó en llevar a su esposa a una residencia porque "... cuando yo no estoy, ella se pone nerviosa y yo no sé qué hacer cuando no está conmigo" (4).

En un reportaje publicado en el diario El País en 1999 Bayley afirma que tiene la sensación de que la Iris de hoy -ésta que no entiende nada- es la misma que conocía, la conversadora brillante y la mente inquisitiva. "No sólo creo que es la misma persona, sino que siempre lo ha sido. Aunque tengo muy buena memoria, puedo recordar adónde íbamos y lo que hacíamos, pero no puedo recordar la sensación de estar con una persona que era completamente normal. En parte, es algo beneficioso, porque me parece normal tal como es" (4,12).

Por primera vez en su larga vida en común, dice, están totalmente unidos, son completamente simbióticos. Es una sensación que le encanta. ¿Qué quiere decir?- pregunta la periodista: Bayley intenta explicárselo de la siguiente forma: "Tienes la sensación de que ya no puede pasarte nada más, por así decir. Y dejas de tener miedo" (12).

En el relato-ensayo "El marinero perdido", Oliver Sacks se pregunta en referencia a un paciente con un severo deterioro de su memoria "...si es que en realidad todavía se podía hablar de una existencia con aquella privación



absoluta de memoria o de continuidad... ¿había profundidades en aquel hombre desmemoriado, profundidades con una continuidad de pensamiento y de sentimiento, o su vida había quedado reducida a una mera sucesión de impresiones y acontecimientos desconectados?”.

Dicho de otra manera, lo que Sacks se preguntaba era si la enfermedad se había llevado el alma de su paciente, si éste se había convertido en un “muerto vivo” que vagaba por la institución donde habitaba sin propósito aparente y sin destino reconocible; la respuesta se la dieron las monjas que asistían a los pacientes del lugar: “Vaya a ver a Jimmie a la capilla y juzgue ud. mismo”.

Allí nuestro autor encontró a su paciente plenamente conectado y consustanciado, con una firmeza de atención y de concentración totalmente inéditas en él: “...no había olvidado ni parecía posible o concebible que lo hubiese; porque no estaba ya a merced de un mecanismo defectuoso y falible sino que estaba absorto en un acto, un acto de todo su ser, que aportaba sentimiento y sentido en una unidad y una continuidad orgánicas, una continuidad y una unidad que no podían admitir la menor quiebra” (19).

La historia del pintor holandés Willem de Kooning también nos aporta elementos de significación ya que continuó pintando después de desarrollar la enfermedad de Alzheimer en la década de 1980; muchas de las obras creadas durante este último período de su vida preservan las cualidades líricas de su obra anterior, pero muestran también una serenidad que no se veía antes en sus lienzos. Cuando se la mira en conjunto, la obra de De Kooning es una de las más fascinantes y deslumbrantes del arte estadounidense del siglo XX (20).

Por último es ampliamente recomendable la última novela del prolífico Stephen King cuyo personaje central, Elizabeth Westlake, padece la enfermedad de Alzheimer pero su personalidad dista mucho del estereotipo del enfermo lastimoso, desmemoriado y decadente, configurando en cambio a una mujer que en el crepúsculo de su existencia y perseguida por los demonios de la enfermedad lucha denodadamente por mantener su identidad en un mundo donde “las palabras campanilleaban sin ningún sentido y los recuerdos se dispersaban como muebles de jardín tras un vendaval” (10).

Continuaremos este desarrollo detallando a qué llama David Schenk “confinamiento mental” en su libro *The Forgetting: Understanding Alzheimer's. A biography of a Disease*: este autor describe a la demencia como una especie de prisión en la que el enfermo está encarcelado dentro de las estructuras neuronales colapsadas siendo incapaz durante la mayor parte del tiempo de comunicarse con los cuidadores a pesar de tener un registro del mundo circundante (20).

En este punto se cruzan las coordenadas del deterioro neurológico con las coordenadas del deterioro social y psicológico que potencian y profundizan a la devastación biológica imprimiendo una marca que define el destino de estos enfermos; el hecho de vivir en una sociedad altamente medicalizada determina que el acento a la hora de definir el deterioro esté puesto más en las

variables medicas que en los aspectos sociales y antropológicos de la cuestión (5, 9).

No carece de interés y significación la polémica que se instaló a comienzos de la década del 80 entre Carl Eisdorfer y el genial Robert Butler, donde este último planteaba en el congreso de los Estados Unidos de América en época de la creación de las primeras asociaciones de familiares que las cosas no iban a ir muy bien si se continuaba destinando el 92% de los fondos disponibles para investigación a las ciencias básicas dejando relegados los aspectos sociales y clínicos de la cuestión (13).

El hecho de que las demencias pasen casi exclusivamente por un tamiz biologicista ha contribuido a que las ciencias sociales hayan descuidado durante mucho tiempo la cuestión escudándose en la etiología biológica de la patología y relegando un campo fructífero de investigación y crecimiento. En los últimos tiempos las cosas lentamente han comenzado a dar un giro y es posible encontrar nuevas aproximaciones a la enfermedad y sus circunstancias que no carecen de la audacia epistemológica necesaria para poder soslayar el sesgo organicista.

Quizás quien más se ha dedicado a esta cuestión es el autor inglés Tom Kitwood en su libro *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*, donde describe dos situaciones como la infantilización de los ancianos (dementes o no) y la pérdida del lugar social con el consiguiente desempoderamiento como contribuyentes a privar a los viejos de su identidad y humanidad; si el efecto de estas actitudes es absolutamente negativo para el colectivo de ancianos en general, por supuesto que es mucho más grave cuando hablamos de los ancianos frágiles, representados de manera paradigmática por aquellos que padecen demencia (11).

Si pensamos a la demencia dentro de la matriz disciplinar que nos aporta el modelo biomédico es claro que el ser de la persona ira desapareciendo a medida que la patología empeore; en cambio, los aportes de Kitwood, Bredin, Post, Sabat y otros plantean ir más allá del déficit neuronal utilizando ideas provenientes fundamentalmente del campo filosófico para plantear un modelo en el que el ser de las personas dementes puede ser sostenido por los esfuerzos de aquellos que conforman el entorno significativo; como sostuvimos más arriba, esta visión “mas allá de la evidencia” se construye con las historias de cuidadores y pacientes que no tienen lugar en la literatura oficial de *Medline* ni en los manuales canónicos psiquiátrico-neurológicos de la especialidad (14,15,18).

Siempre abiertos a las sorpresas no podemos dejar de impresionarnos frente a una carta que Luria le escribe al mismísimo Sacks en referencia a un paciente que éste está atendiendo: “...no hay recetas. Haga lo que su ingenio y su corazón le sugieran. Hay pocas esperanzas, puede que ninguna, de que se produzca una recuperación de la memoria. Pero un hombre no es solo memoria. Tiene también sentimiento, voluntad, sensibilidad, yo moral... son cosas de las que la neuropsicología no puede hablar. Y es ahí, mas allá del campo de una psicología impersonal, donde puede hallar usted medios de conmoerlo y de cambiarlo” (19).

Quedan así planteados claramente lo que podríamos denominar “los límites de la ciencia empírica”, incapaz de capturar la esencia de lo que constituye el espíritu humano que no sólo está caracterizado por la memoria sino que abarca otras categorías como lo estético, lo dramático, lo religioso, lo moral. Por supuesto que los modelos científicos dominantes son la expresión de una época, de un tiempo y de una sociedad a la cual representan, en mayor o menor medida.

Stephen Post es quien ha recogido el guante con sus desarrollos acerca de nuestra cultura y sociedad, a las que ha dado en llamar “hipercognitivas”; este autor sostiene que el miedo que despierta la enfermedad de Alzheimer se debe a que la misma viola el espíritu de autocontrol, independencia, productividad económica y mejoría cognitiva que definen la imagen social de lo que implica ser humano hoy en occidente. La incapacidad de significar al mundo desde el punto de vista cognitivo hace que algunos expertos en bioética planteen que los dementes continúan siendo seres humanos (human beings) pero han abandonado la categoría de personas (persons), lo que los colocaría inmediatamente el grupo de los “muertos vivos” o “no personas” de los que hablábamos al comienzo de este trabajo (13,14,15).

De alguna manera vivir en una “sociedad hipercognitiva”, con sus exigencias y posibilidades, nos impide apreciar otros modos posibles de ser en el mundo, con consecuencias que pueden llegar a ser nefastas como el asesinato múltiple ocurrido en el año 1989 en Austria, en el pabellón cinco del hospital Lainz, donde cuatro enfermeras confesaron haber matado al menos cuarenta y nueve pacientes de entre 70 y 80 años por medio de inyecciones letales o inundando de agua sus pulmones; los periódicos de la época llamaron a las enfermeras “los Ángeles de la muerte” y las comparaciones con los experimentos realizados por los nazis en los campos de exterminio son inevitables (5).

En contraposición a estas prácticas y a la progresiva

hipertecnologización que nuestra sociedad plantea en relación al cuidado de las personas dementes, varios de los autores mencionados anteriormente proponen un enfoque basado en lo que Post llama “la cultura de la demencia” donde el estándar óptimo de cuidado está dado por el “estar con” (afecto y continencia) mas que por el “hacer para” (modelo médico); un elemento esencial de esta mirada es evitar la marginación y la segregación que conllevan la evolución crónica a través de un claro posicionamiento que no separe a los seres humanos entre aquellos cognitivamente intactos y los “muertos vivos”. No debemos pensar que ésta es la evolución natural de la cuestión ya que en otras culturas, como en la China, la declinación cognitiva no es tan temida ni está tan asociada a enfermedad sino que más bien es vista como el final de un ciclo que debe ser integrado a la vida de todos los días (15).

El valor de un ser humano no debe ser menoscabado por el declive cognitivo: aquellos que comienzan a olvidar o ya no pueden recordar no deben ser olvidados por una sociedad que utiliza la palabra Alzheimer como elemento divisor entre el envejecimiento normal (libre de demencia) y aquellos que ya no tienen esperanza.

Quizás la situación más dramática está planteada por el hecho de que la persona demente pierde el control sobre su vida y son los otros los que terminarán decidiendo sobre su destino vital; en la “cultura de la demencia” esas decisiones se toman fundamentalmente teniendo en cuenta las fortalezas o capacidades que persisten en la persona y no las debilidades inherentes a la enfermedad. Si las decisiones son tomadas jerarquizando las debilidades es el modelo biomédico quien tomará el control a través de intervenciones que priorizarán los aspectos médicos de la cuestión por medio de medicaciones, imágenes cerebrales, institucionalizaciones psiquiátricas o geriátricas, donde en muchos casos la persona se perderá de manera inexorable y sólo quedará el demente ■

Referencias bibliográficas

1. Aquilina C, Hughes J. The return of the living dead: agency lost and found. En: Hughes J, Louw S, Sabat S. *DEMENCIA* mind, meaning, and the person. New York: Oxford University Press Inc. p. 143-162.
2. Auge M. *Los no lugares, espacios del anonimato*. Madrid, Gedisa, 1993.
3. Barylko J. *La sabiduría del Talmud*. Buenos Aires, Editorial Sigal, 1998.
4. Bayley J. *Elegía a Iris*. Madrid, Alianza Editorial, 1999.
5. Dillman R. Alzheimer Disease: Epistemological Lessons from History. En: Whitehouse P, Maurer C, Ballenger J. *Concepts of Alzheimer Disease*. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press; 2000. p. 129-157.
6. Fox P. The Role of the Concept of Alzheimer Disease in the Development of the Alzheimer's Association in the United States. En: Whitehouse P, Maurer C, Ballenger J. *Concepts of Alzheimer Disease*. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press; 2000. p. 209-234.
7. Franzen J. *Cómo estar solo*. Buenos Aires, Grupo Editorial Planeta/Seix Barral, 2004.
8. Gandolfo E. En el condominio de materia gris. *Diario Perfil* (01/05/2008).
9. Holstein M. Aging, Culture and the Framing of Alzheimer Disease. En: Whitehouse P, Maurer C, Ballenger J. *Concepts of Alzheimer Disease*. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press; 2000. p. 158-180.

10. King S. *Duma Key*, Plaza & Janes, Buenos Aires, 2009.
11. Kitwood T. *Dementia Reconsidered, the person comes first*. Buckingham, Open University Press, 1999.
12. Lyall S. *Devotion Refused to Yield: Alzheimer's Disease can't Divide a Literary Couple*. *New York Times* (12/30/1998).
13. Martínez-Lage J, Martínez-Lage Álvarez P, Martínez-Lage Álvarez M. El fenómeno médico, social y cultural de la enfermedad de Alzheimer en la segunda mitad del siglo XX. En: Martínez-Lage J, Khachaturian Z. *Alzheimer XXI: Ciencia y Sociedad*. Barcelona: Masson; 2001. p. 87-96.
14. Post S. *The Moral Challenge of Alzheimer Disease*. Baltimore and London, The Johns Hopkins University Press, 2000.
15. Post S. *The Concept of Alzheimer Disease in a Hypercognitive Society*. En: Whitehouse P, Maurer C, Ballenger J. *Concepts of Alzheimer Disease*. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press; 2000. p. 245-256.
16. Radden J, Fordyce J. *Into the darkness: losing identity with dementia*. En: Hughes J, Louw S, Sabat S. *DEMENTIA mind, meaning, and the person*. New York; Oxford University Press Inc. p. 71-88.
17. Ruiz de Elvira A. *Mitología Clásica*. Madrid, Gredos, 1982.
18. Sabat S. *Mind, meaning, and personhood in dementia: the effects of positioning*. En: Hughes J, Louw S, Sabat S. *DEMENTIA mind, meaning, and the person*. New York, Oxford University Press Inc. p. 287-302.
19. Sacks O. *EL HOMBRE QUE confundió a su mujer CON UN SOMBRERO*. Barcelona, Muchnik Editores S.A., 1987.
20. Shenk D. *The Forgetting. Alzheimers's: Portrait of an Epidemic*. New York, Doubleday, 2001.



SIRR

Sistema
Integrado de
Rehabilitación y
Reinserción

Rehabilitación, Reinserción Social y Laboral para personas que padecen trastornos mentales severos, a través de un abordaje interdisciplinario y con programas individualizados para el logro de su plena integración y adecuada evolución.

Estos programas se desarrollan en un período de tiempo acotado de acuerdo a los objetivos de rehabilitación establecidos previamente, tiempo durante el cual los usuarios del sistema (en cualquiera de sus modalidades) tienen asistencia psiquiátrica y psicológica con profesionales externos a nuestro equipo.

Ofrecemos los siguientes dispositivos:

- Evaluación integral (neurocognitiva y socio-ocupacional)
- Residencia
- Unidad convivencial supervisada
- Programa de rehabilitación ambulatorio individualizado
- Centro de fin de semana
- Reinserción social
- Capacitación laboral
- Reinserción laboral con tutoría.
- Unidades Productivas
- Empresa social

Av. Juan de Garay 1450 C1153ABY, Buenos Aires, Argentina. Tel: 4305-2272
Email info@sirrsa.com.ar Web : www.sirrsa.com.ar

El concepto de cronicidad y su impacto en la clínica

Luis Herbst

*Servicio de Consultorios Externos. Hospital "José T. Borda", Buenos Aires, Argentina
Programa de Trastornos del Ánimo. Proyecto SUMA, Buenos Aires, Argentina
E-mail: lherbst@proyectosuma.org*

Introducción

Quisiera comenzar con algunas preguntas. ¿Cuál es el concepto de cronicidad que usamos los profesionales del campo de la Salud Mental? ¿es este concepto un reflejo

de aquello que nos muestra la evidencia científica sobre la clínica de las patologías crónicas y sobre la posibilidad de evolución de los pacientes? ¿qué suce-

Resumen

Los estudios de mayor nivel de evidencia nos muestran que la clínica de enfermedades crónicas, como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, no es cristalizada y es pasible de ser modificada, positivamente, por intervenciones farmacológicas y psicosociales. Sostener el concepto de cronicidad como clínica inmodificable, al no estar sustentado en la evidencia científica, se ubica en el campo de las creencias o los prejuicios. Pensar las patologías crónicas sin posibilidad de ser mejoradas por las intervenciones terapéuticas podría resultar en no ofrecer alternativas de tratamiento. Podríamos estar frente a una cronicidad que se genera en la mente de los colegas y no en las posibilidades de la clínica de los pacientes. Las creencias y prejuicios de los profesionales del campo de la Salud Mental tienen un efecto estigmatizador similar al de la población general. Es necesaria una intensa actividad anti-estigma no sólo en el público en general sino también dentro de los colegas de nuestro campo. El esclarecimiento sobre el concepto de cronicidad se ubica en esta línea.

Palabras clave: Cronicidad - Medicina - Evidencia - Estigma.

THE IMPACT ON CLINICAL PRACTICE OF THE CONCEPT OF CHRONICITY

Summary

Studies of higher level of evidence show that the clinic of chronic diseases such as schizophrenia or bipolar disorder is not crystallized and is liable to be changed positively by pharmacological and psychosocial interventions. Supporting the concept of chronicity or "clinical unchangeable", not being supported by scientific evidence, lies in the way of belief or prejudice. Thinking that chronic diseases can't be improved by therapeutic interventions may result in not offering treatment options. We could be facing a chronicity generated in the minds of colleagues and not in the scope of the clinical patients. The beliefs and prejudices of professionals in the mental health field might have a stigmatizing effect similar to that of the general population. Intense antistigma activity is needed not only in the general public but also within our field. The clarification of the concept of chronicity is located on this line.

Key words: Chronic - Medicine - Evidence - Stigma.

dería si en algunos ámbitos profesionales se estuviese utilizando un concepto de cronicidad con un sentido que esté basado en creencias o prejuicios y no en la evidencia científica?

Hay un riesgo, y es que a la clínica de pacientes con patologías crónicas se la califique como inmodificable y que esta calificación esté en relación con los prejuicios científicos de quien los trata y no con las posibilidades de evolución de su patología. En ese caso, ¿podría pensarse que hay una cronicidad inherente a las características de las enfermedades psiquiátricas y otra que la determinan los prejuicios y las creencias del psiquiatra o del trabajador del campo de la Salud Mental? (5)

¿Qué es la cronicidad? ¿Es un estado clínico inmodificable o un estado clínico donde el diagnóstico es inmodificable y la clínica pasible de distintos niveles de mejoría, cambios y sustentabilidad en el tiempo de los cambios? (4). Cuando escuchamos en los ámbitos profesionales de la Salud Mental la denominación de "crónico" de un paciente por años internado en un hospital, ¿siempre se habla de su clínica? ¿En algunos casos lo inmodificable es la clínica de estos pacientes o la ausencia de una red social que contenga a ese sujeto? Los sentidos del concepto de cronicidad que se utilizan en Salud Mental parecen ser diversos.

Es necesario reflexionar sobre el sentido que los clínicos le damos al concepto de cronicidad. El sentido del concepto de cronicidad que tenga un equipo de salud no es un dato menor. Va a determinar los objetivos terapéuticos, los límites de un tratamiento, las

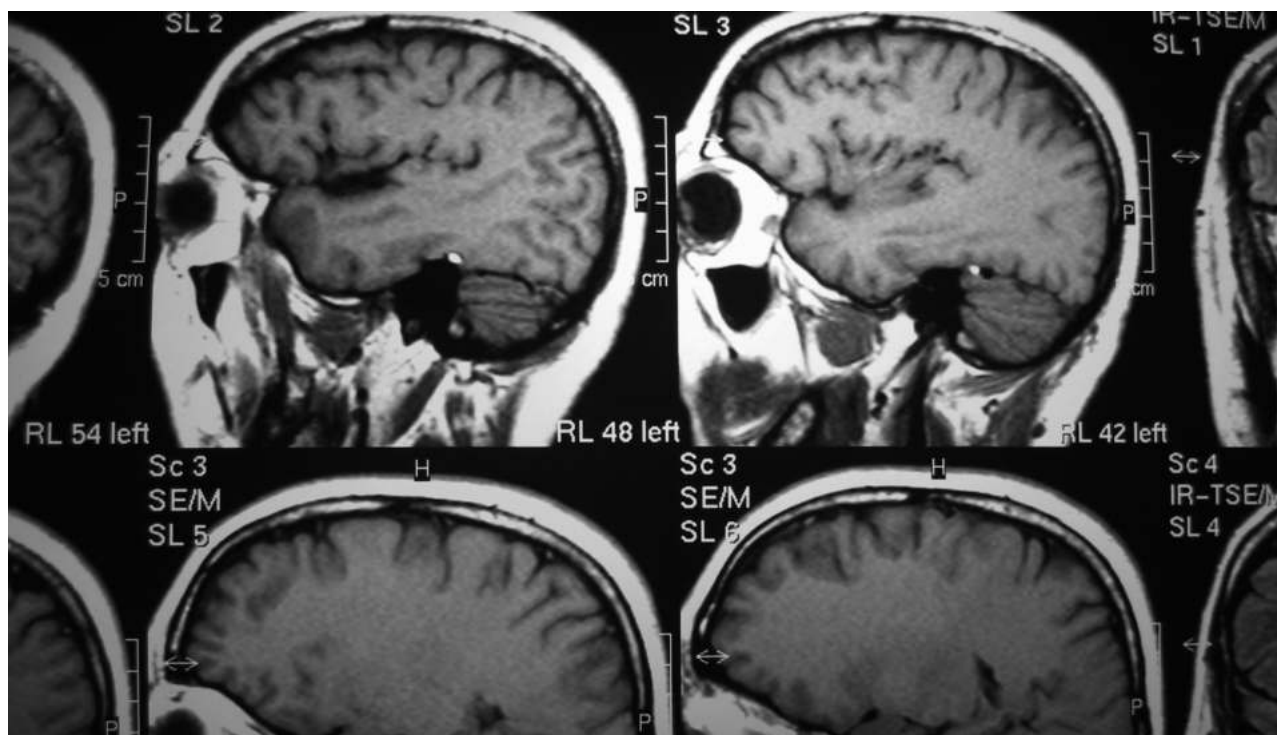
opciones que se ofrecen y los límites en el pensamiento de ese equipo. Puede determinar la posibilidad de cambio o no de un paciente. Si las posibilidades de evolución de un paciente dependen, en alguna medida, de las opciones que se le brinden, insisto, no es un dato menor el concepto de cronicidad de un equipo de salud (4).

Es necesario un debate que cuestione la actitud de asumir la cronicidad, *a priori*, como un estado clínico inmodificable. Este es el objetivo de esta revisión. Para esto, primero, desde el paradigma de la medicina basada en la evidencia vamos a testear las siguientes hipótesis:

a) Que el análisis de la evidencia de nivel 1 (meta-análisis de estudios randomizados) muestra que la clínica de enfermedades crónicas no es cristalizada y puede, en distinta medida y sustentabilidad en el tiempo, modificarse con diferentes intervenciones terapéuticas.

b) Que una visión cristalizada de la clínica en patologías crónicas en psiquiatría, por parte de los profesionales del campo de la Salud Mental, al no estar sostenida ni basada en la evidencia científica de primer nivel, puede operar obturando posibilidades terapéuticas, no tiene sustento científico, podría tener un efecto estigmatizador en nuestros pacientes y se ubica en el campo de las creencias o prejuicios.

c) Las concepciones científicas erradas pueden ser la causa del estigma de los pacientes con padecimientos mentales y este estigma sería generado por los profesionales del campo de la Salud Mental.

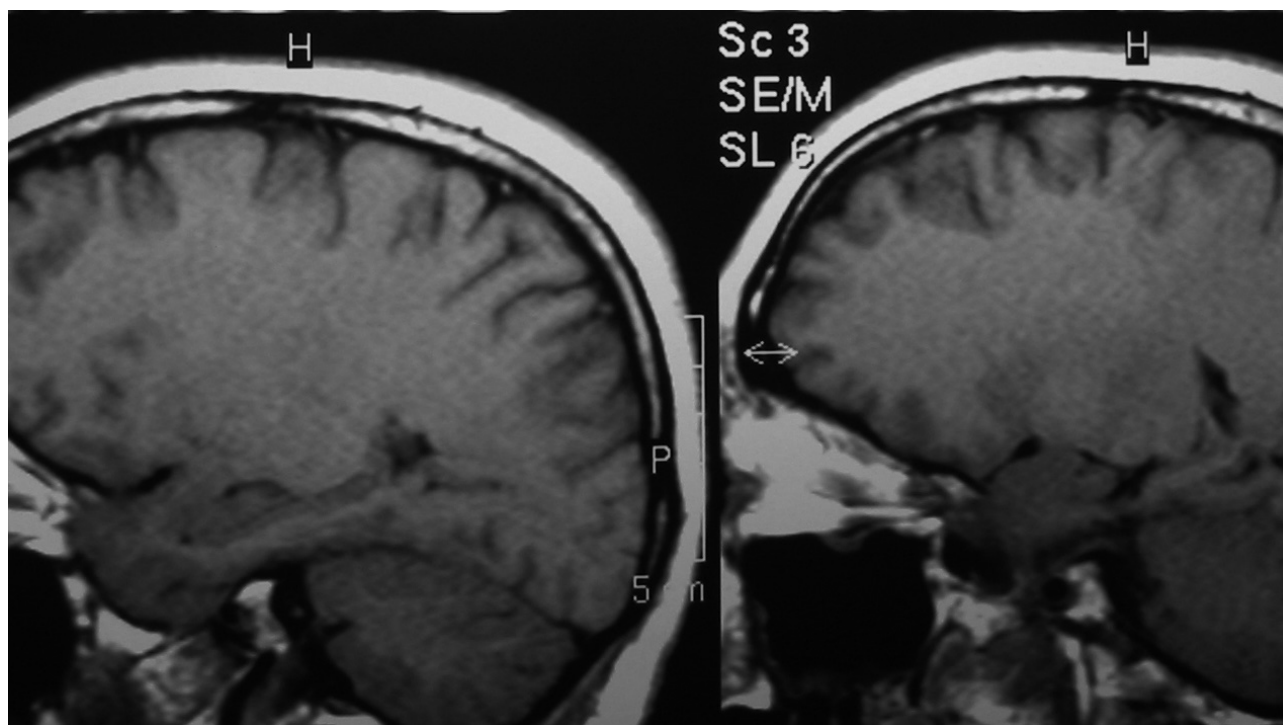


Los profesionales de la Salud Mental como estigmatizadores de los pacientes que tratan

Los profesionales de la Salud Mental pueden contribuir a sostener los estereotipos sociales y la discriminación de los pacientes con enfermedades emocionales crónicas. Esta cuestión sólo recibió recientemente una mayor atención en la investigación y los debates entre profesionales han revelado inesperados y sorprendentes resultados (6, 13, 14, 22, 23). Durante largo tiempo la investigación sobre el estigma ignoró a los profesionales de la Salud Mental y sus concepciones sobre la Salud Mental, como un elemento más de la problemática. Una de las primeras evidencias fue un estudio del estigma en esquizofrenia, desde la perspectiva de las personas con esquizofrenia. Este estudio indicó que las actitudes y formas de las prácticas de rutina de los psiquiatras pueden ser experimentadas como estigmatizantes por los pacientes a su cuidado (23). Los resultados revelaron que la exclusión y la discriminación no sólo se produjeron en el contexto de las relaciones sociales con los amigos, parientes, colegas o empleadores de los pacientes, sino también en el contacto con profesionales de la Salud Mental. De hecho, el estigma relacionado con la atención de profesionales, o por centros de Salud Mental, representan casi una cuarta parte (22,3%) de todas las experiencias de estigma informadas por los pacientes (25). En su relación con los profesionales de la Salud Mental, los pacientes se sentían estigmatizados fundamentalmente por la falta de interés y la

escasa expectativa acerca de su futuro de los equipos terapéuticos. Sin duda el estigma por parte de los profesionales de la Salud Mental está multideterminado, como todo prejuicio (14). En este punto el concepto de cronicidad, no como diagnóstico que no se puede modificar, sino como una clínica que no puede mejorarse con intervenciones terapéuticas juega un papel central. Es aquí donde se quiere hacer un fuerte señalamiento. La visión de la cronicidad como un estado clínico inmodificable puede tener un efecto estigmatizador por parte de los profesionales de la Salud Mental. Luego de una intervención terapéutica eficaz puede haber dimensiones clínicas persistentes. El análisis de las dimensiones clínicas persistentes nos permitirá evaluar si son modificables y, si lo son, poder decidir si se deben usar abordajes farmacológicos y/o no farmacológicos. Pero cronicidad no implica clínica cristalizada.

Para responder a la primer hipótesis revisaremos algunos estudios con mayor nivel de evidencia de patologías crónicas: la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Desde el punto de vista de la medicina basada en la evidencia los estudios con mayor nivel son los meta-análisis de estudios randomizados, doble ciego, contra placebo. Veremos si desde el análisis de los estudios metodológicamente más rigurosos podemos sostener la hipótesis de este trabajo: la cronicidad en psiquiatría no implica clínica inmodificable en la mayoría de los casos. Al ser una revisión narrativa, no meta-analítica, extraeremos una variable no uniforme: modificaciones positivas en los puntajes basa-



les en las escalas de severidad de cada meta-análisis. Esto nos permitirá corroborar, o no, nuestra hipótesis: *la clínica de las patologías crónicas implica diagnóstico inmodificable con clínica modificable positivamente y sustentabilidad variable de las modificaciones en el tiempo*. Tiempo variable en la sustentabilidad de las mejoras que producen las diferentes intervenciones sólo indica la frecuencia con que hay que intervenir.

Finalmente abordaremos la problemática del impacto del concepto de cronicidad de un profesional del campo de la Salud Mental en las posibilidades de evolución de un sujeto que padece una patología crónica.

Esquizofrenia y psicosis relacionadas

La esquizofrenia y su espectro son entidades de curso crónico (1, 9, 27). Vamos a testear la hipótesis de que cronicidad no implica imposibilidad de variar la clínica dentro de los paradigmas de la medicina basada en la evidencia. Los estudios de mayor nivel de evidencia avalan la hipótesis de que cronicidad en el diagnóstico no implica clínica inmodificable en esta patología. Este es el caso de un reciente meta-análisis (16) que compara la eficacia de los antipsicóticos de segunda generación con los de primera generación. En este meta-análisis se seleccionaron 78 estudios randomizados, doble ciego, con comparador activo o placebo del Grupo de Estudio de Esquizofrenia de Cochrane y en *Medline*. Estos estudios sumaban 167 ramas y 13.558 pacientes. La variable analizada, en los estudios, para el análisis de eficacia comparada de los antipsicóticos, fue las variaciones en escala PANSS que cada uno de ellos producía en un tiempo determinado. La escala PANSS (11) es una escala que evalúa la severidad de las diferentes dimensiones de la esquizofrenia en un momento dado. Disminuciones en los puntajes de la PANSS por efecto de un tratamiento en comparación con un valor basal de la misma se interpreta como mejoría en la dimensión que ocurre. Más allá de los resultados sobre eficacia comparada de antipsicóticos, lo que cobra relevancia para nuestro estudio de ese meta-análisis es que todas las moléculas, ya sean de primera o segunda generación, producían mejorías, estadísticamente significativas, superiores al placebo en la escala PANSS. El abandono por ineficacia fue menor que el placebo.

Vemos entonces que en este estudio, con evidencia de Nivel 1, se comprobaría nuestra hipótesis: diagnóstico crónico de esquizofrenia y variabilidad en términos de mejoría clínica.

En otro meta-análisis (20) sobre intervenciones psicosociales en la esquizofrenia los autores revisan la evidencia de veintidós estudios sobre este punto. Los autores además de resumir los hallazgos intentaron encontrar puntos en común entre las distintas evidencias. Separaron los resultados en diferentes categorías: entrenamiento en habilidades sociales, remediación cognitiva, intervenciones psico-educativas con familiares y terapia cognitiva comportamental de síntomas positivos.

Entrenamiento en habilidades sociales: los autores señalan que tres meta-análisis han evaluado la eficacia de la formación de habilidades sociales en la esquizofrenia. En general, estos estudios demuestran, de manera efectiva, la adquisición de habilidades y confianza, pero la psicopatología y las tasas de hospitalización no se han modificado. Los autores informan que su propio meta-análisis (20) muestra una difusa adquisición de habilidades sociales. A corto plazo mejora la asertividad, se estabilizan, mejoran en el funcionamiento social, y hay una sólida disminución en las tasas de hospitalización. La sustentabilidad en el tiempo de los logros es variable y solo muestra la necesidad de incrementar la frecuencia de las intervenciones, no las invalida.

Remediación cognitiva: la rehabilitación cognitiva involucra tareas de construcción y rehabilitación en áreas como la velocidad de procesamiento, atención, la memoria de trabajo, aprendizaje verbal y la cognición social. En esta revisión se señala que seis meta-análisis han estudiado la eficacia de la rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia. Se han incluido en este meta-análisis los informes de los diversos subprogramas cognitivos estructurados para el tratamiento para esquizofrenia, incluyendo: la Terapia Psicológica Integrada (IPT), la Terapia de Rehabilitación Cognitiva (CRT), Aproximación Neuropsicológica a la Educación y Rehabilitación (NEAR), Terapia Cognitiva de Mejoramiento (CET), y Entrenamiento Cognitivo de Adaptación. Los resultados de estos meta-análisis son inconsistentes. Algunos muestran mejoras en la atención a las tareas, mientras que otros muestran pequeños efectos cognitivos en general y el funcionamiento social. Los autores demuestran pequeños efectos sobre la atención, funcionamiento social, funciones ejecutivas, memoria y cognición social.

Intervenciones Psicoeducativas para familiares: durante las últimas tres décadas, las intervenciones para familiares de pacientes con esquizofrenia se han estudiado más que cualquier otro tipo de intervención psicológica. Estos estudios (20) muestran que los pacientes esquizofrénicos y sus familiares que participan en intervenciones psico-educativas para familias están menos hospitalizados y con menos frecuencia de recaídas. Los autores, en su propio estudio, llegan a la conclusión de que, efectivamente, las intervenciones psico-educativas familiares incrementan el conocimiento y la comprensión por parte de las familias de la esquizofrenia. Además, los pacientes están mejor adaptados socialmente, son pacientes ambulatorios, y tienen menos psicopatología.

Terapia cognitiva comportamental de los síntomas positivos: los delirios y alucinaciones son los síntomas positivos de la esquizofrenia. La terapia cognitivo-conductual para la psicosis se ocupa de la frecuencia, intensidad y duración de los síntomas, además de ayudar a los pacientes a entender cómo se desencadenan.

nan los acontecimientos. En este estudio se muestra que la terapia cognitiva comportamental es muy eficaz para pacientes con síntomas positivos severos.

El meta-análisis de los autores de esta revisión mostró buenos resultados para pacientes con síntomas positivos persistentes.

En general, las intervenciones psicológicas para la esquizofrenia son eficaces (20). La evidencia sugiere que deberían ser una parte integral de la atención habitual para la esquizofrenia. El presente estudio trató de examinar las diferencias en la eficacia entre los cuatro modos de intervención psicológica-sociales de capacitación, rehabilitación cognitiva, intervenciones psicoeducativas familiares, y terapia cognitivo-conductual de los síntomas positivos. Los autores encontraron que todas las intervenciones fueron moderadamente eficaces. Los datos no fueron suficientemente consistentes en mostrar alguna diferencia significativa, en términos de eficacia, entre intervenciones.

Este estudio nos muestra que los abordajes psicosociales también pueden producir modificaciones positivas en la clínica de la esquizofrenia, sosteniendo la hipótesis que la clínica en esta patología crónica es de distintos grados y con distintas duraciones en el tiempo, y modificable por las intervenciones.

Abordajes farmacológicos en bipolaridad

Smith y cols. en 2007 (24) realizaron una revisión sistemática y meta-análisis de ensayos randomizados y controlados contra placebo de intervenciones farmacológicas en manía aguda. El objetivo fue resumir los datos disponibles sobre el tratamiento farmacológico de la manía. Si bien se incluyeron los ensayos de medicamentos autorizados en los EE.UU. o el Reino Unido para el tratamiento de cualquier fase del trastorno bipolar sólo se investigaron los cambios en las puntuaciones manía, efectos extrapiramidales y cambio de peso. Se incluyeron 13 estudios (con 3.089 sujetos) y 2 estudios identificados para cada uno de los siguientes medicamentos: carbamazepina, haloperidol, litio, olanzapina, quetiapina, risperidona, valproato y aripiprazol. Todas las drogas mostraron un beneficio significativo en comparación con el placebo para la reducción de las puntuaciones en la manía. En comparación con el placebo, para todos los antipsicóticos combinados, la respuesta al tratamiento ($> 0 = 50\%$ de reducción de Young Mania Rating Scale) se incrementó más de 1,7 veces [riesgo relativo (RR) = 1,74, 95% intervalo de confianza (IC) = 1,54, 1.96]; para los estabilizadores de ánimo, evaluados todos en común, la respuesta al tratamiento se duplicó (RR 2,01, IC 95% = 1,66, 2,43). Las conclusiones fueron: los antipsicóticos y estabilizadores del humor son significativamente más eficaces que el placebo para el tratamiento de la manía aguda (24). Pequeñas diferencias entre los tamaños del efecto pueden deberse a diferencias en los pacientes incluidos en los estudios o al azar. Este meta-análisis muestra, con un nivel de evidencia 1, que la clínica pudo ser modificable por este tipo de intervención terapéutica en una patología crónica como el trastorno bipolar.

Depresión Bipolar. Antipsicóticos

Un reciente meta análisis (8) de ensayos clínicos controlados, randomizados, había demostrado la eficacia de los antipsicóticos de segunda generación en el tratamiento de la manía aguda en el trastorno bipolar. A pesar de que la depresión se considera el rasgo más persistente de la clínica del trastorno bipolar, no se habían publicado revisiones sistemáticas o meta-análisis para evaluar la eficacia de los modernos antipsicóticos atípicos en la depresión bipolar. Para este estudio los autores han examinado los trabajos randomizados, doble ciego, controlados con placebo (ECR) de los modernos antipsicóticos en adultos bipolares I ó II. Los pacientes estaban en fase depresiva (criterios DSM-IV). Los resultados de eficacia se evaluaron sobre la base de los cambios en la Montgomery-Asberg Depresión Rating Scale (MADRS) durante un período de 8 semanas. Los datos se combinaron en el meta-análisis con un intervalo de confianza 95% (IC 95%) y con un nivel de significación estadística del 5% ($p < 0,05$). Se identificaron cinco ECR de antipsicóticos atípicos, cuatro en monoterapia y uno en asociación con antidepresivos. Los dos ensayos quetiapina analizaron la seguridad y la eficacia de dos dosis: 300 y 600 mg/d. Un único ensayo que evaluó la olanzapina monoterapia dentro de un rango de 5-20 mg/d y la olanzapina-fluoxetina combinación dentro de un rango de 5-20 mg/d y 6-12 mg/d, respectivamente. Del aripiprazol se incluyeron dos ensayos controlados con placebo, que evaluaron la dosis de 5-30 mg/d. Olanzapina y quetiapina (3/5, el 60% de la muestra) demostraron superioridad sobre el placebo ($p < 0,001$). El aripiprazol mostró sólo 2/5 (40%) (ambos ensayos aripiprazol), en la medida de eficacia primaria después de las primeras 6 semanas. Algunos modernos antipsicóticos (olanzapina y quetiapina) han demostrado eficacia en pacientes con depresión bipolar de la semana 1 en adelante. El rápido inicio de acción parece ser una característica común de los antipsicóticos atípicos en la depresión bipolar. Pero más allá de los resultados en términos del tratamiento de la depresión bipolar lo que se observa es que en este estudio, de nivel de evidencia 1, es que la clínica de una enfermedad crónica es modificada positivamente por las intervenciones terapéuticas (8).

Abordajes psicosociales en trastorno bipolar

En una revisión (19) acerca del estado de la evidencia de los abordajes psicosociales y psicoterapéuticos en el trastorno bipolar podemos testar la hipótesis de este estudio y ver si la clínica del trastorno bipolar es modificable o no por los abordajes psicosociales. El objetivo del estudio de Miklowitz y cols. era responder las siguientes preguntas: ¿son eficaces los abordajes psicosociales, psicoeducativos o psicoterapéuticos en el trastorno bipolar?; si lo fuesen, ¿en qué fases es eficaz cada intervención?; ¿cuánto deben durar y cuán durables son sus efectos?; ¿la misma intervención

puede modificar los síntomas maníacos y depresivos? ¿en qué dimensiones psicosociales actúan? (Por ejemplo: integración y funcionalidad social, funcionalidad laboral, familia, calidad de vida); ¿pueden estas intervenciones aspirar a algo más que incrementar la adherencia a los medicamentos? Se incorporaron 18 estudios sobre psicoeducación individual, psicoeducación grupal, psicoeducación grupal con cuidado sistemático, psicoeducación familiar, grupos familiares de psicoeducación, terapia cognitivo conductual, terapia interpersonal y ritmos sociales.

Los abordajes psicosociales mostraron eficacia como terapias adjuntas a la farmacoterapia aumentando la efectividad de las mismas evidenciado en mayores tiempos hasta la próxima recaída. Se observó un 30% a 40% de reducción en las tasas de recaída en aquellos pacientes randomizados a los grupos de terapia adjunta combinada con la farmacoterapia, seguidos entre 12 a 30 meses según los estudios. Se observó una eficacia sostenida de aproximadamente un año luego de la finalización (19). Nuevamente al testear la hipótesis de este trabajo concluimos que por la evolución positiva de pacientes bipolares expuestos a abordajes psicosociales podemos concluir que las distintas intervenciones muestran variaciones positivas de la clínica. En el trastorno bipolar utilizar el concepto de cronicidad como clínica cristalizada e inmodificable no se sustenta en la evidencia científica y estaría también en el campo de los prejuicios.

De la evidencia de los meta-análisis reportados

podemos concluir que la suma de la muestra es de más de $n=15000$, la variable común extraída fue mejoría en la escala de severidad basal de cada una de las muestras. La evidencia es robusta: es posible modificar la clínica de patologías crónicas como la esquizofrenia y el trastorno bipolar con intervenciones farmacológicas o psicosociales. No hay evidencia científica que indique que, *a priori*, se puede considerar a la clínica de estas enfermedades crónicas como inmodificable. Asumir esa posición no tiene sustento científico. Las limitaciones de estas conclusiones: la extensión de este artículo no podía incluir todos los meta-análisis de las distintas patologías, pero aún así a lo largo de la literatura se repite, en otras patologías, lo reportado para la esquizofrenia y el trastorno bipolar: las diferentes intervenciones modifican la clínica de las patologías crónicas, en diferentes medidas y sustentabilidad. Serían resultados generalizables. Nuevos estudios se necesitan para aclarar este punto.

Los profesionales de la Salud Mental, sus prejuicios clínicos y la influencia de estos en la evolución de los pacientes

En este punto se va a analizar cómo influyen las creencias, prejuicios sociales, prejuicios científicos, valores y conceptos clínicos, en el estigma generado por psiquiatras, psicólogos y demás trabajadores del campo de la Salud Mental. Un concepto clínico sin sustento científico hay que considerarlo como parte



de las creencias o prejuicios de un profesional. Su utilización en la práctica clínica puede tener un efecto iatrogénico y/o estigmatizante. Un concepto de cronicidad basado en prejuicios y no en la evidencia científica acerca de la cronicidad podría afectar la evolución de un paciente. Como se señaló anteriormente, la clínica de patologías crónicas se transformaría en inmodificable sólo por prejuicios o creencias de aquel que trata. En este caso no tendría relación con las posibilidades evolutivas de esa patología. La cronicidad empezaría en la mente de quien lo tendría que tratar. Veamos cómo influyen la práctica clínica las creencias, prejuicios y las actitudes de los colegas.

Más allá de la pléthora de estudios que desarrollan el problema del estigma en Salud Mental en la población general, muchas menos investigaciones estudiaron (15) las posibles actitudes estigmatizantes de los profesionales de la Salud Mental en los pacientes que tratan. Más aún, hasta la reciente aparición de esta línea de investigación, se suponía que las actitudes estigmatizantes eran marcadamente diferentes, y menos prevalentes, que las de la población general. En este estudio se compara las actitudes de los psiquiatras acerca de la Salud Mental con las actitudes de la población general. En una muestra de $n = 100$ psiquiatras comparado con $n = 786$ casos de población general se observó que si bien los psiquiatras tenían mayor aceptación de los trastornos mentales no había diferencias estadísticamente significativas en la distancia social hacia los trastornos emocionales (15).

Se ha señalado que los profesionales de la Salud Mental con sus actitudes y sus creencias hacia las personas con enfermedad mental pueden ser estigmatizantes. Como se dijo anteriormente, la actitud, pensamientos, creencias y prejuicios de los colegas se han convertido recientemente en un foco de estudio en la investigación sobre el estigma. La gran mayoría de la literatura sobre actitudes hacia la Salud Mental y la enfermedad mental ha sido realizada, históricamente, sobre el público en general, con el objetivo de comprender: 1- a la opinión pública como parte de programas de esclarecimiento acerca de la atención psiquiátrica (21, 26); 2- para mejorar las actitudes de la población hacia la Salud Mental (10) y 3- para desarrollar estrategias basadas en la evidencia científica para eliminar los estereotipos, opiniones negativas y reducir la distancia social (2, 3, 7).

En una revisión reciente de 65 estudios en diferentes poblaciones sobre el estigma, se evaluó la investigación en este campo de los últimos 15 años (2, 3). Esta revisión identificó que sólo nueve de las sesenta y cinco encuestas fueron hechas a los profesionales de la Salud Mental. Se investigaron las actitudes estigmatizantes de los mismos. Se incluyeron sólo los que cumplían los más rigurosos criterios metodológicos. Estos estudios investigaron cuatro aspectos de las actitudes de los profesionales de la Salud Mental que podrían favorecer el estigma: 1. creencias de los profesionales sobre las enfermedades mentales que trataban (en especial expectativas sobre su pronóstico a largo pla-



zo, la evaluación de la gravedad, el tratamiento, y las actitudes de la comunidad); 2. las actitudes de los profesionales de la Salud Mental hacia las personas con enfermedad mental (especialmente la presencia de estereotipos y la distancia social); 3. opiniones sobre los derechos civiles de los enfermos mentales y sus restricciones, y 4. el comportamiento del clínico en el contexto del contacto con sus pacientes.

Las creencias de los colegas acerca de los tratamientos y sus resultados: Kingdon y cols. (12) realizaron una encuesta por correo entre los miembros, $n = 2813$, del Real Colegio de Psiquiatras del Reino Unido. Utilizaron un cuestionario, especialmente desarrollado, sobre la esquizofrenia. Los autores encontraron que la mayoría de los psiquiatras creen que la enfermedad se puede mejorar como resultado del tratamiento psiquiátrico agudo, pero se mostraron pesimistas acerca de la evolución a largo plazo (12). Magliano y cols. (17, 18) estudiaron las creencias sobre la esquizofrenia entre 190 enfermeros de Salud Mental y 110 psiquiatras en un muestra aleatoria de los servicios de Salud Mental en Italia. Los resultados revelan que ambos grupos de profesionales estaban bien informados sobre la esquizofrenia y tenían comentarios positivos sobre los tratamientos. Contrastando con esto, el 40% de los profesionales manifestó que "hay poco que hacer para estos pacientes además de ayudarles a vivir en un entorno pacífico" (17, 18). Una encuesta nacional de Salud Mental de Australia que incluyó a 2737 profesionales, reveló que la actitud de los profesionales de la Salud Mental tiende a ser negativa sobre las posibilidades de cambio generadas por los tratamientos en relación al pronóstico de la esquizofrenia y la depresión (10). En este sentido, los psiquiatras se encontraron entre los más pesimistas en las puntuaciones, seguido por médicos, psicólogos clínicos y enfermeras de Salud Mental. Al mismo tiempo, todos los grupos profesionales hicieron suya la hipótesis de que las personas con esquizofrenia y la depresión podrían ser objeto de discriminación por otros (25). Los resultados ponen de manifiesto un panorama complejo. Es sorprendente, sin embargo, que casi las tres cuartas partes de las publicaciones revisadas para el presente artículo acerca de las creencias de los colegas de los servicios de Salud Mental no difieren de las creencias de la población general, o son aún más negativas. Esto contradice la hipótesis de la mayoría de los estudios, que habían supuesto inicialmente resultados más favorables en los grupos de profesionales, debido a los conocimientos acerca de los trastornos menta-

les y su contacto diario con las personas que padecen de ellos (por ejemplo, Lauber y cols., 2004). Es desde esta perspectiva que es necesario analizar qué concepto de cronicidad se utiliza; las opciones son dos: o lo basamos en la evidencia científica o se ubica en el campo de las creencias o prejuicios clínicos. Esto no significa desconocer las dificultades en la evolución a largo plazo de patologías crónicas como la esquizofrenia o el trastorno bipolar. Significa que la actitud del clínico debe ser una actitud de descubrimiento de las posibilidades de su paciente. El clínico, no debe anteponer suposiciones, prejuicios, debe descubrir y tratar de proveer el mejor tratamiento posible para la mejor evolución posible. Si, *a priori*, se ve a un paciente desde un pesimismo prejuicioso y no se permite descubrir la evolución posible de ese paciente, se estaría construyendo, desde prejuicios y creencias, una cronicidad con clínica inmodificable basada en no ofrecer posibilidades terapéuticas. Repito, puede ser que nos encontremos con clínica inmodificable en nuestros pacientes, en parte de un síndrome o en su totalidad. No podemos asumir ese escenario clínico sin haber dado posibilidades y opciones terapéuticas a nuestros pacientes sólo basados en creencias o prejuicios sin base científica.

Conclusiones

Los estudios de mayor nivel de evidencia nos muestran que la clínica de enfermedades crónicas, como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, no es cristalizada y es pasible de ser modificada, positivamente, por intervenciones farmacológicas y psicosociales. Sostener el concepto de cronicidad como clínica inmodificable, al no estar sustentado en la evidencia científica, se ubica en el campo de las creencias o los prejuicios. Entender que la clínica de las patologías crónicas no tiene posibilidad de ser mejorada por las intervenciones terapéuticas podría resultar en que no se le ofrezcan a los pacientes opciones de tratamiento o de rehabilitación. Podríamos estar frente a una cronicidad que se genera en la mente de los colegas, basada en prejuicios o creencias y no en las posibilidades de evolución de los pacientes. Las creencias y prejuicios de los profesionales del campo de la Salud Mental pueden tener un efecto estigmatizador similar al de la población general. Es necesario una intensa actividad anti-estigma no sólo en el público en general sino también dentro de los colegas de nuestro campo. El esclarecimiento sobre el concepto de cronicidad se ubica en esta línea ■

Referencias bibliográficas

1. Andreasen NC. The American concept of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1989; 15: 519-31.
2. Angermeyer MC. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113: 163-169.
3. Angermeyer MC. The stereotype of schizophrenia and its impact on discrimination against people with schizophrenia: results from a representative survey in Germany. *Schizophr Bull* 2004; 30: 1049-61.
4. Bachrach LL. Defining Chronic Mental Illness: A concept paper. *Hosp Community Psychiatry* 1988; 39: 383-88.
5. Buckley LA, Pettit T. Supportive therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; CD004716.
6. Byrne P. Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Adv Psychiatr Treat* 2000; 6: 65-72.
7. Corrigan PW, Watson AC, Ottati V. From whence comes mental illness stigma? *Int J Soc Psychiatry* 2003; 49: 142-57.
8. Cruz N, Sánchez Moreno J, Torres F, Goikolea JM, Valenti M, Vieta E. Efficacy of modern antipsychotics in placebo-controlled trials in bipolar depression: a meta-analysis. *Int J Neuropsychopharmacol* 2009; 29: 1-10.
9. Harding CM, Zubin J, Strauss JS. Chronicity in schizophrenia: revisited. *Br J Psychiatry Suppl* 1992; 27-37.
10. Jorm AF. Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 396-401.
11. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13: 261-276.
12. Kingdon D, Sharma T, Hart D, et al. What attitudes do psychiatrists hold towards people with mental illness? *Psychiatr Bull* 2004; 28: 401-406.
13. Lauber C, Nordt C, Braunschweig C, Rössler W. Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113: 51-59.
14. Lauber C, Nordt C, Rössler W. Attitudes and mental illness: consumers and the general public are one side of the medal, mental health professionals on the other. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 114: 145-6.
15. Lauber C, Anthony M, Ajdacic-Gross V, Rössler W. What about psychiatrists' attitude to mentally ill people? *Eur Psychiatry* 2004; 19: 423-427.
16. Leucht S, Komossa K, Rummel-Kluge C, Corves C, Hunger H, Schmid F, et al. A meta-analysis of head-to-head comparisons of second-generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2009; 166: 152-63.
17. Magliano L, De Rosa C, Fiorillo A, Malangone C, Guarneri M, Marasco C, et al. Beliefs of psychiatric nurses about schizophrenia: a comparison with patients' relatives and psychiatrists. *Int J Soc Psychiatry* 2004; 50: 319-330.
18. Magliano L, Fiorillo A, De Rosa C, Malangone C, Maj M. Beliefs about schizophrenia in Italy: a comparative nationwide survey of the general public, mental health professionals, and patients' relatives. *Can J Psychiatry* 2004; 49: 322-330.
19. Miklowitz DJ. Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: state of the evidence. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 1408-19.
20. Patterson TL, Leeuwenkamp OR. Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophr Res* 2008; 100: 108-19.
21. Rössler W, Salize HJ. Factors affecting public attitudes towards mental health care. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1995; 245: 20-6.
22. Sartorius N. Fighting stigma: theory and practice. *World Psychiatry* 2002; 1: 26-7.
23. Schulze B, Angermeyer MC. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental professionals. *Soc Sci Med* 2003; 56: 299-312.
24. Smith LA, Cornelius V, Warnock A, Tacchi MJ, Taylor D. Pharmacological interventions for acute bipolar mania: a systematic review of randomized placebo-controlled. *Bipolar Disord* 2007; 9: 551-60.
25. Uçok A, Soygür H, Atakli C, Kuscu K, Sartorius N, Duman ZC, et al. Attitudes of psychiatrist towards patients with schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004; 58: 89-91.
26. Wolff G, Pathare S, Craig T, Leff J. Public education for a community care. A new approach. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 441-7.
27. Zec RF. Neuropsychology of schizophrenia according to Kraepelin: disorders of volition and executive functioning. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1995; 245: 216-23.



el rescate y la memoria

Harold Searles: una apuesta a la vida con los esquizofrénicos

Norberto Aldo Conti

Harold Searles (1918), nació en Catskill, Nueva York, estudió en medicina en Harvard y luego se especializó en psicoanálisis en la Menninger Clinic de Kansas. Realizó una innovadora experiencia clínica con pacientes esquizofrénicos en el Hospital Psiquiátrico Chesnut Lodge de Maryland donde trabajó desde 1949; fruto de esa experiencia es su obra "Escritos sobre esquizofrenia" publicada en Londres en 1965. Allí realiza una crítica a la manera en que eran tratados los pacientes esquizofrénicos, en especial a los dispositivos de larga internación que solo llevaban, inexorablemente, a la cronificación. Partiendo del marco teórico del psicoanálisis de su época (Klein, Mahler, Sullivan, Fromm-Reichmann, Bion, Winnicott, Hill) asume una posición heterodoxa de la técnica para el tratamiento de pacientes esquizofrénicos partiendo de la base que en la esquizofrenia el trastorno esencial es un menoscabo de la integración y diferenciación, siendo ambas las dos caras de un proceso unitario. Sobre esta base explora los procesos de contratransferencia que generan los esquizofrénicos con su terapeuta y con el resto del equipo de salud intrahospitalario para proponer un dispositivo de abordaje integrado que no solo evite la cronificación sino que permita una vida más saludable en aquellos a los cuales se les daba muy pocas posibilidades de mejoría en aquel contexto.

"Los pacientes que sufren de esquizofrenia y que se estima alrededor del 47% de los enfermos internados en los hospitales psiquiátricos están allí, la mayor par-

te, durante decenas y decenas de años no solamente porque ellos ven en sus semejantes a seres que no son de la misma especie que ellos, sino también porque sus semejantes acaban aceptando eso como un hecho funcionalmente verdadero" (Searles, 1965)

Escritos sobre Esquizofrenia (1966)

Desde un punto de vista fenomenológico, cabe decir que la esquizofrenia consiste, en esencia, en un menoscabo de la integración y la diferenciación, las cuales, como me propongo demostrar, no constituyen sino el anverso y el reverso de un proceso unitario. También desde un punto de vista psicodinámico, este trastorno de la integración-diferenciación resulta decisivo para las variadas y sorprendentemente complejas manifestaciones de la esquizofrenia, y básico en los trabajos sobre esquizofrenia debidos a Bleuler (1911), Federn (1952), Sullivan (1947, 1953, 1956), Fromm-Reichmann (1950, 1952), Hill (1955), y otros estudiosos de este campo.

El término "integración" se utiliza aquí en un sentido más inclusivo que limitado: como un proceso que impregna múltiples niveles y aspectos de la personalidad. Este trabajo se propone contribuir al estudio de la integración de la autoimagen, de la propia experiencia del mundo objeto circundante, del contenido ideacional con los impulsos afectivos, etc. El término "diferenciación" se utiliza en un sentido general similar y en tanto tiene lugar en esas mismas áreas de la estructura y el funcionamiento de la personalidad.

Dicho término expresa aquí la doble connotación que, en mi opinión, tiene en el uso psicoanalítico y psiquiátrico común. Connota, como en biología, la elaboración de características distintas y especializadas de la estructura y el funcionalismo, así como la capacidad para establecer un distingo entre objetos y experiencias fundamentalmente diferentes. Por ejemplo, esta doble connotación existe cuando decimos que una persona relativamente madura es capaz de tener de otra una concepción o imagen muy diferenciada. Ello implicaría, a un mismo tiempo, que es relativamente capaz de captar las ramificaciones especiales y altamente complejas de la personalidad de la otra y también de distinguir esa personalidad de otras que ha conocido.

Consideremos en primer lugar el problema de la integración. Comprobamos que, cuando evaluamos al esquizofrénico en términos de los tres "compartimentos" freudianos clásicos de la personalidad –el ello, el yo y el superyó–, descubrimos que estos tres aspectos de la personalidad están mal integrados entre sí. El yo experimenta al ello como un cuerpo extraño intensamente hostil que amenaza con abrumarlo. En la personalidad más normal, constituye más bien un depósito de impulsos primitivos con respecto a los cuales es posible mantener una actitud básicamente amistosa y receptiva y que representa fuentes invalorables de energía. En el esquizofrénico, el yo mismo está seriamente disociado, tal como lo describen muchos autores, constituyendo a veces innumerables islas entre las cuales no se percibe vínculo alguno. El superyó no es, como en la persona normal, una guía firme pero amistosa y útil para el yo en los esfuerzos de este último por enfrentar los impulsos del ello y el mundo externo, sino que actúa como un tirano cruel, cuyos ataques contra el yo débil y no integrado son aún más destructivos para aquel que la emergencia de impulsos amenazadores del ello (Szalita-Pemow, 1951). Por otra parte, tampoco el superyó está bien integrado y sus manifestaciones revelan las más claras incongruencias de un momento a otro, como sucede con un progenitor que no sólo es punitivo, sino también desconcertantemente arbitrario. Jacobson (1954a, 1954b) demostró que existe en realidad una disolución del superyó como estructura integrada, y una transformación regresiva a las imágenes parentales amenazadoras cuya conglomeración dio origen al superyó.

Frente a esta situación estructural en la personalidad del esquizofrénico, se deduce que actúa de una manera mal integrada. Cuando lo percibimos en una dimensión temporal, comprobamos que no puede integrar sus experiencias de vida durante un período como partes de un patrón ininterrumpido y constante. En cambio, sus experiencias pasadas y presentes se confunden, en la forma descrita por Federn (1952) en relación con el fenómeno de regresión a estados yoicos previos. Cuando lo percibimos en la dimensión de la experiencia interpersonal inmediata, comprobamos que, en lugar de tener una orientación emocional

integrada con respecto a la otra persona, sus reacciones frente a ésta son un torbellino caótico de sentimientos ambivalentes, sentimientos que hacen súbita erupción o que, de modo igualmente repentino, quedan fuera de su alcance debido a la represión, de una manera que limita enormemente la posibilidad de que desarrolle una relación interpersonal integrada y continuada.

La diferenciación es un proceso esencial para la integración, y viceversa. Cuando lo estudiamos en el esquizofrénico, comprobamos que también este proceso ha sufrido un serio menoscabo. Al paciente le resulta difícil o imposible establecer un distingo entre sí mismo y el mundo externo y sus límites yoicos son inestables e incompletos. A menudo no puede distinguir los recuerdos de las percepciones presentes. Percibe los recuerdos, experimentados con claridad e inmediatez alucinatorias, como percepciones de hechos actuales, y las percepciones de los hechos actuales como recuerdos del pasado (lo cual explica los muchos casos en que los pacientes esquizofrénicos hablan de hechos presentes utilizando el tiempo pasado). A veces el esquizofrénico no puede distinguir las emociones de las sensaciones somáticas; las sensaciones correspondientes a la esfera emocional a menudo le llegan como sensaciones somáticas o incluso como variaciones en su estructura somática (cambios en el tamaño, el color, etc., de las partes corporales).

Hartmann (1939) hizo un interesante comentario con respecto al desarrollo temprano de la estructura psíquica: "...no existe un yo antes de la diferenciación entre el yo y el ello, pero en el mismo sentido tampoco el ello existe aún. Ambos son producto de un proceso de diferenciación".

Al esquizofrénico le resulta difícil diferenciar, desde el punto de vista perceptivo, a una persona de otra, de modo que tiende a confundirlas; parte de esta confusión a menudo implica experimentar los fenómenos transferenciales no sólo en un nivel inconsciente, como ocurre con el neurótico, sino también en un nivel consciente. Por ejemplo, puede experimentar conscientemente al terapeuta como su padre, su madre o su hermano. En su vida cotidiana y en su comunicación con otras personas, no puede distinguir lo simbólico de lo concreto (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956). Si el terapeuta utiliza lenguaje simbólico, el paciente puede experimentarlo en términos literales. Por otro lado, reacciona frente a los hechos de la vida cotidiana (comer, vestirse, dormir, etc.), que nosotros entendemos como literales y concretos, como si poseyeran una significación simbólica única que borra por completo su importancia "práctica" en su vida como ser humano.

En este trabajo haré una descripción general, aunque necesariamente breve, de algunos de los factores etiológicos que determinan el menoscabo de la integración y la diferenciación típico del esquizofrénico, algunas de cuyas manifestaciones se observan en su relación con el grupo de la sala hospitalaria y en la relación paciente-terapeuta, contextos en los que exa-

minaré ciertas medidas terapéuticas y, en particular, la forma en que promueven la resolución de este menoscabo esquizofrénico.

Sociodinámica de la sala hospitalaria

Luego de estas breves consideraciones sobre la etiología de la fragmentación y la no diferenciación de la personalidad que se observan en la esquizofrenia, examinaremos ahora el tipo de relación grupal que el paciente promueve, debido a esos síntomas, en la sala hospitalaria. Hay muchos trabajos sobre el tema, de los que mencionaré sólo los más destacados. Los artículos de Stanton y Schwartz (1949a, b, c) y su libro, *The Mental Hospital* (1954), describen el modo en que la fragmentación del paciente aumenta debido a su contacto con el personal hospitalario en el cual, a su vez, surgen diferencias de opinión muy profundas, pero no francamente expresadas, acerca del manejo adecuado del paciente. Estos trabajos subestiman la medida en que la propia ansiedad del paciente, que tiende a fragmentar la personalidad, promueve tal disensión entre los miembros del personal. Un artículo de Perry y Shea (1957) compensa esta deficiencia al señalar el tremendo efecto de fragmentación grupal en el personal de una de las salas en los National Institutes of Health provocado por un hombre de personalidad fragmentada, extraordinariamente ansioso y ansiógeno. Y Main (1957), desde un punto de vista similar, muestra cuán sorprendentemente hondas fueron las disensiones entre enfermeras veteranas de su hospital en Inglaterra con respecto a los pacientes de este tipo a los cuales se había sometido a tratamientos tormentosos y terapéuticamente ineficaces.

A pesar de estos y otros trabajos sobre el tema, sin embargo, considero que la bibliografía pertinente no incluye ciertos aspectos del problema.

En mi opinión, el tipo de situación social que el paciente con un yo fragmentado tiende a promover en la sala puede entenderse como un proceso por medio del cual tanto la diferenciación como la posterior integración de los fragmentos yoicos separados debe tener lugar en gran medida fuera del paciente, esto es, en las personas que lo rodean, para que el paciente pueda incorporar esos dos procesos. En este sentido, resulta interesante la opinión de Sullivan (1947, pág. 10), acerca del desarrollo de la personalidad normal: "Cabe decir que el self está constituido por evaluaciones reflejadas", y el concepto de Coley (1909) del "self en espejo". Explicaré este criterio primero en términos del proceso de integración, ya que, hasta donde sé, la bibliografía se refiere sólo a este proceso.

Una integración dentro de la sala tan profundamente perturbada como la que describen Shanton y Schwartz, Perry y Shea, Main y otros autores, puede entenderse como un tipo de simbiosis grupal, comparable a la simbiosis madre-hijo pero con la diferencia de que la primera afecta a un grupo de personas, incluyendo al paciente, a los diversos miembros del personal y a otros internados. En esta situación gru-

pal se observan exactamente los mismos elementos descritos por Bowen (1956), Wynne y otros (1958), yo mismo, y otros autores, como característicos de la simbiosis entre la madre y el futuro esquizofrénico. Se trata de un entrelazamiento mutuo, intensamente sentido y profundamente ambivalente, en el cual se percibe a la otra persona como indispensable para la propia existencia. Las necesidades conflictuales de cada uno de los participantes mantienen la relación en constante torbellino y hay una sensación general de desesperante encierro.

En esta relación grupal, los límites yoicos son indistintos y, a medida que la ansiedad aumenta en esta situación grupal, los diversos participantes actúan no de manera verdaderamente interpersonal, sino como una suerte de organismo psicológico unitario. En términos muy generales, esto puede compararse en el campo biológico con el cuerpo humano, en el que los distintos órganos -cerebro, corazón, hígado, intestinos, etc.- resultan indispensables para el mantenimiento del organismo unitario general.

Esto significa que, a primera vista, la situación en la sala parece muy inestable pero, en realidad, representa una suerte de simbiosis social que satisface las necesidades neuróticas o psicóticas de los distintos participantes, por lo cual puede mantenerse durante muchas semanas o incluso meses.

Desde el punto de vista del paciente, cada una de las personas significativas en esta simbiosis grupal representa no sólo una figura transferencial, sino también un fragmento externalizado de su propio yo. En tal sentido, los complejos fragmentos no integrados y previamente no diferenciados de su propio self se proyectan en la pantalla que la situación en la sala le ofrece. Así, aunque esta situación provoca ansiedad en todos los que están involucrados en ella, constituye una etapa preliminar necesaria para la diferenciación e integración intra-psíquica del paciente. Burnham (1956), en un valioso trabajo sobre la percepción errónea de otras personas en la esquizofrenia, señala que la percepción errónea que un paciente tiene de una enfermera (por ejemplo), como un compuesto de figuras correspondientes a diversos aspectos de su vida, pasados y presentes, constituye un fenómeno restitutivo, esto es, revela su tendencia a la totalidad. Asimismo, Burnham señala los aspectos integradores de las percepciones colectivas erróneas que un paciente tiene del personal de la sala. En la terapia individual, observamos una y otra vez que un paciente toma conciencia de un fragmento previamente reprimido de su self sólo después de verlo en forma proyectada como parte de la personalidad del terapeuta. Este mismo proceso tiene lugar ahora en un marco grupal y los fragmentos no integrados del paciente se proyectan en forma simultánea en los diversos miembros del personal.

La externalización continúa porque el paciente no puede enfrentar aún sin ansiedad la idea de que dentro de él hay elementos yoicos en acentuado conflicto y promueve inconscientemente en los miembros

del personal, imágenes diversas y conflictuales de sí mismo. En lugar de tomar conciencia de la batalla que se libra en su interior, alienta, en gran medida inconscientemente, disensiones entre los miembros del personal con respecto a él. Decir que de manera consciente los lleva a enfrentarse unos contra otros, significa sobreestimar en gran medida el grado de control consciente de que el paciente dispone en esa situación. Resulta más exacto decir que aún no puede contener dentro de su propia piel un yo total. Su yo sólo es parcial, un fragmento, de modo tal que le resulta indispensable que quienes lo rodean personifiquen algunos de los otros fragmentos, tal como un corazón necesita pulmones y un cerebro para sobrevivir. De paso, sabemos que individuos no tan enfermos, cuya fragmentación nos lleva a describirlos como esquizoides y no francamente esquizofrénicos, en algunos casos consideran importante que sus amigos también lo sean entre sí. Esto puede entenderse como la necesidad del individuo esquizoide de que los fragmentos externalizados de su yo, proyectados en esos diversos amigos, constituyan un yo continuo y no dividido.

También desde el punto de vista del personal esta simbiosis grupal, si bien causa ansiedad, satisface necesidades neuróticas, pues quienes desempeñan el papel de "madre buena" o personifican los aspectos "buenos" del yo del paciente, experimentan la gratificación de sentir que son mejores seres humanos, más afectuosos y cálidos que sus propios colegas. Para quienes desempeñan el papel de "madre mala", los que representan los aspectos yoicos "malos" del paciente, existe la oportunidad de ventilar sus resentimientos contra los colegas, resentimientos que muchas veces son muy anteriores a la llegada de paciente a la sala. También existe la oportunidad de experimentar sentimientos asesinos, de manera relativamente libre y pura, en relación con casi todas las otras personas involucradas en la situación (incluyendo al paciente), sin el molesto efecto diluyente del afecto, la compasión o la camaradería. En mi opinión, creo que resulta muy placentero experimentar cualquier sentimiento de manera intensa y no conflictual, y esta simbiosis social es de tal naturaleza que disminuye al mínimo el conflicto intrapsíquico en todos los participantes, esto es, permite la externalización de los conflictos potencialmente internos de cada uno de ellos.

Cada miembro del personal tiende a relacionarse en especial con uno de los tantos componentes distintos y a considerar que representa la totalidad del paciente fragmentado. La enfermera puede afirmar que "así es realmente el paciente", y creer que sólo ella sabe "cómo es realmente". En la medida en que tiene frente al paciente esta suerte de visión tubular, cabe suponer que esa relación permite a la enfermera proyectar en el paciente alguna emoción o autoimagen inconsciente que le provocaría un conflicto interno si la reconociera como un ingrediente de su propia personalidad. Y no quiero decir con esto, desde luego, que se trata de una proyección en el vacío. Freud (1922) señaló hace mucho que proyectamos en

aquello que nos ofrece cierta base de realidad para la proyección. Pero sí es probable que ese proceso proyectivo lleve a los diversos profesionales a tener una participación personal en la simbiosis grupal que estos pacientes promueven en la sala.

Volviendo ahora al punto de vista del paciente, debemos comprender que necesita a las "madres malas" tanto como a las "madres buenas", pues la preservación de los objetos "buenos" y "malos" le permite preservar sus sentimientos de amor y de odio que, como ya señalé, están ligados a los objetos. Estas dos amplias categorías afectivas son necesarias para la vida adulta. Nuestra dicotomía simplificada, madre buena-madre mala, constituye un paso fundamental hacia la variación infinita, o diferenciación, de los objetos percibidos y las emociones experimentadas que caracteriza la adultez. Si todos los miembros del personal lo comprendieran, se verían menos expuestos, tanto los que desempeñan papeles "buenos" como los "malos", a sentir culpa, sentimiento que, en la mayoría de los casos, complica enormemente este cuadro social y convierte lo que podría haber sido un paso hacia el crecimiento del paciente en una situación hospitalaria insostenible que lleva al fracaso terapéutico y atenta contra el espíritu de trabajo del personal.

De cualquier manera, en la medida en que los miembros del personal continúan, semana tras semana, desempeñando esos roles estereotipados y exageradamente simplificados y participando en esa simbiosis social, se sienten cada vez más asfixiados. Sus partes sanas exigen algo más que este funcionamiento simbiótico como personas totales. Desean funcionar, y ser reconocidos, como individuos totales, aunque ello implique enfrentar los propios conflictos internos. Incluso los que personifican a las "madres buenas" se sienten cada vez más frustrados por las limitaciones de su rol social, que les prohíbe sentir otra cosa que no sea amor, solicitud y protección en relación con el paciente. Así, se desarrolla un alto grado de frustración-rabia y los consiguientes deseos asesinos en los miembros del personal, no sólo entre sí, sin también hacia el causante de todos esos conflictos, esto es, el paciente. Pero esta intensa rabia, salvo quizás en quienes ocupan la posición extrema de "madre mala", está en gran parte reprimida, pues constituye una amenaza demasiado seria para la estructura social y para la concepción que cada participante tiene de sí mismo.

Creo que parte de la sintomatología cada vez más destructiva del paciente representa en esa situación un *acting out* de la destructividad reprimida que percibe en el personal que lo atiende, análogo a lo que Johnson y Szurek (1952) describen como el *acting out* del niño perturbado que da así expresión vicaria a la destructividad reprimida de la madre. Considero que, hasta cierto punto, la ansiedad cada vez más intensa del paciente está basada en un temor realista a las tendencias asesinas que los otros participantes en la simbiosis llegan a experimentar con respecto a él.

Debido a los sentimientos conflictuales cada vez más intensos que impregnan tal simbiosis grupal,

la regresión se acentúa, no sólo en la conducta del paciente sino también en la del personal. Las exigencias del paciente se vuelven más infantiles y, además, la actitud materna del personal, tanto buena como mala, asume formas cada vez más primitivas. Así como el paciente tiende a convertirse en un exigente niño de pecho, quienes se ocupan de él llegan casi literalmente a ofrecerle un pecho, "bueno" o "malo" según sea el caso, en lugar de formas más adultas de cuidado materno. En uno de los artículos de Knight (1953) sobre psicosis fronteriza, hay una excelente ilustración de lo dicho, aunque se trata de una paciente aún no internada en un hospital. Este ejemplo revela lo que considero una regresión no sólo en la paciente, que llega a adoptar de manera casi literal el rol de un niño de pecho, sino también en la terapeuta –en realidad, una decana que actúa como psicoterapeuta que, a su vez, llega literalmente a tratar de amamantar a la paciente:

...La decana se veía sometida a manifestaciones cada vez más exigentes de necesidad por parte de la estudiante. Resultaba imposible poner fin a las entrevistas, pues la joven se negaba a irse y llegó un momento en que las sesiones tuvieron lugar en la casa de la decana, por la noche y durante los fines de semana.

La joven se negaba a consultar a un psiquiatra o recurrir a otro profesional, y la decana se sintió acorralada. La estudiante exigió que se le permitiera usar el auto de la decana como prueba de su amor y confianza, pedido que le fue concedido. Luego comenzó a exigir que se le permitiera quedarse a dormir en casa de la decana y, cuando lo logró, quiso dormir con ella en la misma cama. A veces expresaba un odio irracional a la decana y la golpeaba con los puños. En otras ocasiones, quería sentarse en sus rodillas y que la acariciara, deseo que también le concedió. Nadie puso límites a su conducta regresiva hasta que expresó un intenso deseo de que la decana le diera de mamar. Ésta decidió entonces que las cosas habían llegado demasiado lejos...

Según mi experiencia, las reuniones frecuentes e informales de los miembros del personal que participan en el cuidado de estos pacientes encierran enorme valor, al menos por tres razones. Primero, proporcionan una oportunidad para la catarsis de algunos de los sentimientos internos que se han engendrado de modo que las emociones en el grupo social descripto puedan mantenerse dentro de límites tolerables de intensidad, evitando así la fragmentación total del grupo. Segundo, ayudan a los diversos miembros a seguir funcionando como individuos en su labor con el paciente, esto es, como individuos que se sienten relativamente libres para actuar de acuerdo con sus sentimientos hacia el paciente. Así, éste se encuentra en contacto con personas genuinas de diversos tipos, con las que puede identificarse de manera construc-

tiva, en lugar de enfrentar un grupo que lucha por preservar cierta pseudoarmonía, cierta unanimidad manifiesta de actitudes con respecto a él, para ocultar así sus divergencias en cuanto a lo que sienten por el paciente. Tercero, estas reuniones del personal permiten, también en este caso como parte del mismo proceso, que se desarrolle una genuina colaboración integradora dentro del grupo de trabajo, una integración de las diferentes actitudes hacia el paciente. Como ya lo señalé, este proceso debe tener lugar fuera del paciente para que pueda producirse dentro de él la integración de sus propios fragmentos de la personalidad mediante la introyección constructiva del grupo bien integrado formado por quienes se ocupan de él.

Al comienzo de este trabajo describí la integración y la diferenciación como el anverso y el reverso de un proceso unitario. Con todo, resulta útil considerar que los pacientes esquizofrénicos revelan una falta de sincronización entre ambos fenómenos.

Hartmann (1939) se refirió a este aspecto en un trabajo sobre la psicología del yo: "La precocidad de la diferenciación o el retardo relativo de la síntesis puede perturbar el equilibrio de estas dos funciones". Y Hartmann, Kris y Lowenstein (1946) señalan que "... la aceleración de ciertos procesos integradores puede volverse patológica".

En el individuo normal, la integración y la diferenciación tienen lugar en forma simultánea como un proceso unitario del crecimiento de la personalidad, que se desarrolla de manera relativamente sincrónica. Pero cabe pensar que el tipo de esquizofrénico descrito muestra un desequilibrio entre estos dos procesos parciales, un desequilibrio en el que la diferenciación se ha adelantado temporariamente a la integración, con la consiguiente fragmentación del funcionamiento de la personalidad, tal como se señaló. Como resultado, la necesidad de integración aparece como el problema más apremiante en el punto de su desarrollo en que los vemos en la sala y en la situación terapéutica.

Por el contrario, hay otros esquizofrénicos, aun más enfermos, cuyas emociones, actitudes, procesos del pensamiento y otros aspectos de la personalidad, aún no están suficientemente diferenciados, con el resultado de que son aun más desvalidos que el primer tipo de paciente en lo que concierne a discernir, clasificar y comunicar a los demás el caos de pensamientos y emociones indiferenciados que hay en su interior. Freeman y otros (1958), al observar cuán relativamente invariables son sus descripciones de los esquizofrénicos crónicos de cuya terapia se ocupan en su libro, señalan: "Es nuestra opinión que la pérdida de individualidad constituye un rasgo del paciente crónico en la sala para enfermos de difícil manejo". Éstos son los pacientes que no pueden expresar sus pensamientos o sentimientos porque, en forma muy literal, la mayor parte del tiempo no tienen conciencia de sus pensamientos y sentimientos, no los "tienen". Uno de ellos me dijo que se sentía envuelto en la "niebla"; otra paciente, cuando la acusé de no comunicarme ningún pensamiento o sentimiento y le señalé

que, a través de sus expresiones faciales rápidamente cambiantes, me resultaba obvio que en su interior sucedían muchas cosas, me explicó: "Mi cara piensa, doctor Searles, pero yo no pienso". Y hay pacientes que, mientras están en la sala y también durante sus sesiones, permanecen mudos e inmóviles casi todo el tiempo y cuyas muy escasas verbalizaciones o movimientos corporales son estereotipados. Por último, hay pacientes de los que los miembros del personal tienen una imagen estereotipada genuinamente compartida, en la que, en cierto sentido, no hay bastante de esa falta de armonía que tanto tiñe la actitud de esos mismos profesionales en su relación con el primer tipo de paciente. En otras palabras, estos pacientes tienden a persistir, mes tras mes y año tras año, en un rol social en la sala que resulta tan estereotipado, tan pobre e invariable como su experiencia intrapsíquica subjetiva. Aquí la necesidad apremiante es la de lograr una mayor diferenciación.

En el caso de estos pacientes conviene que a lo largo de meses y años estén en contacto con una sucesión relativamente grande de distintos miembros del personal, aunque ello implique un cambio bastante frecuente de equipos. Según mi experiencia, es menos probable que estos pacientes se vuelvan más diferenciados si siempre se ocupan de ellos las mismas enfermeras, pues éstas tienden a mantener su visión rutinaria y estereotipada del paciente. A menudo sucede que un recién llegado es el que puede percibir en el paciente un nuevo brote de diferenciación —una nueva faceta de la personalidad que surge— y que por ende responde al paciente de una manera nueva y no estereotipada, con lo cual aporta a la actitud general del personal un mayor grado de diferenciación. Esto resulta esencial porque, tal como sucede en el caso de la integración, el proceso debe iniciarse primero fuera del paciente, en el personal, para luego tener lugar en el paciente mismo.

A menudo se comprueba que esa "nueva" potencialidad en el paciente se había puesto de manifiesto mucho antes sin que los miembros del personal la notara y, por lo tanto, sin que pudieran compartirla entre sí y con el paciente, por lo cual persistió como un aspecto disociado de su personalidad, pues lo que no queda validado por nuestros semejantes tiende a quedar disociado de la propia conciencia. Por ejemplo, en Chesnut Lodge tuvimos durante muchos años un hebefrénico de edad madura al que el personal trataba en general como "el bueno de Georgie". El hecho de que Georgie, bueno, servil, obsecuente, con su actitud de perro sumiso, a menudo lanzara una risa aguda y sádica que hiela la sangre, no parece haber sido observado por quienes más intervienen en su cuidado. Asimismo, aparentemente disocian el hecho de que el tono con que dice a veces su estereotipado "¿Cómo va todo, encanto?", hace pensar que al mismo tiempo quiere destripar a la persona que saluda con esas palabras. Si una enfermera nueva llegara a percibir este aspecto hostil y sádico del bueno de Georgie, y se relacionara persistentemente con ese aspecto de su

personalidad, estoy seguro que todo el personal llegaría a tener una respuesta más diferenciada frente al paciente y que éste terminaría por tomar conciencia de ese sadismo actualmente disociado. El resultado sería que el paciente manifestara una personalidad más diferenciada (y, al mismo tiempo, mejor integrada) tanto desde el punto de vista subjetivo como en el marco social de la sala.

No hace mucho, como parte de mi labor de supervisión aquí, asistí durante media hora a una sesión en la que estuvieron presentes, además, una terapeuta, su paciente esquizofrénica y el marido y la madre de ésta. El terapeuta y la paciente ya se habían reunido en varias ocasiones con esos dos familiares (que se encontraban allí en una visita prolongada), y mi colega me había proporcionado una detallada descripción de esas reuniones. Al comienzo de la sesión en que participé, me llamó la atención que la paciente se frotara a menudo la región genital. Se trataba de una acción más que obvia, realizada de modo tal que revelaba excitación sexual y también ansiedad. No tardé en interrogarla al respecto y, con evidente alivio, se refirió a la vergüenza que este acto repetitivo e incontrolable le provocaba. Después de la sesión, el terapeuta me dijo que ese acto estereotipado había caracterizado su conducta en todas las sesiones anteriores, pero que no lo había mencionado en su cuidadosa descripción de estas entrevistas de grupo. Hasta el momento en que le hice una pregunta al respecto a la paciente, todos, incluyendo al terapeuta, habían funcionado como si existiera entre ellos un pacto mutuo y silencioso por el cual las abundantes verbalizaciones del grupo no debían referirse jamás a esa conducta de la paciente.

En este sentido, la máxima habilidad por parte del personal y del terapeuta consiste en su acierto para elegir el momento oportuno de relacionarse con el proceso disociado del paciente, en percibir en qué momento está listo para enfrentar ese aspecto de sí mismo o, en términos más precisos, en qué momento la propia relación con el paciente es bastante fuerte como para que tanto éste como el terapeuta enfrenten sin mayores riesgos ese material disociado. Antes de ese momento, la intuición inconsciente del terapeuta o del personal puede ser la causa de que no se perciban los procesos disociados del paciente, esto es, la intuición de que todavía sería prematuro tratar de integrar esos procesos en la relación con él. Pero, según mi experiencia, se cometen tantos errores por postergar demasiado o indefinidamente esta intervención, como por abrumar al paciente con una respuesta prematura a procesos de los que él no tiene conciencia.

A menudo el terapeuta es el único que ve en el paciente una nueva potencialidad, un aspecto hasta ese momento inadvertido que anuncia una fase de mayor diferenciación. Ni siquiera el paciente la percibe aún, excepto en forma proyectada, de modo que la toma como un atributo del terapeuta. Tal situación puede hacer que éste se sienta muy solo e intensamente amenazado.

He trabajado durante varios años con un hebefrénico al que todo el personal, de manera unánime, consideraba un chiquillo encantador y digno de compasión, que se hacía querer con sus destellos de alegría juguetona. Se lo consideraba un caso perdido porque había estado internado sin interrupción en varios hospitales durante 16 años, tenía ya más de 40 y, en sus nueve años de permanencia en Chesnut Lodge no había manifestado mayores cambios en cuanto a la posición social descrita. Pero, a medida que mi labor con él progresaba, comencé a vislumbrar en él tendencias asesinas, de una violencia precariamente controlada. La enfermera a cargo y los otros profesionales de la sala no lo percibían y la enfermera, indignada ante lo que consideraba una actitud prejuiciada de mi parte, llegó incluso a declarar que, si el paciente manifestaba alguna vez violencia, ésta no sería más que el *acting out* de la violencia de su terapeuta. Esto no sólo me colocaba en la posición de tener una opinión distinta de la de todos los demás, sino que, además, me hacía responsable de la violencia potencial del paciente. Y habría sido en vano que apelara al paciente para confirmar mi criterio, pues en ese momento me confundía con el temible "Floyd Cara Bonita" (un delincuente de rostro aniñado de la década de 1920).

Mientras me dirigía a una reunión informal del personal en la que se consideraría esta situación, rodé por la escalera y me golpeé la cabeza contra una pared. El golpe fue más fuerte que cualquiera de los recibidos durante mis cuatro años como jugador de fútbol en la escuela secundaria, hasta el punto de que pocas horas después me sacaron radiografías y me hicieron un examen neurológico que, debo agregar, dio resultados negativos. De cualquier manera, logré asistir a la reunión, seguro de que los miembros del personal que habían presenciado mi caída veían en mí a un hombre muy violento. Pero la reunión, en la que la enfermera a cargo y yo tratamos con intensa hostilidad mutua de fundamentar nuestra posición con detalles tomados de nuestra labor respectiva con el paciente, puso fin a una actitud previa de congelamiento hacia mí, e incluso, con el correr del tiempo, tuve una gran satisfacción el día en que esa misma enfermera sintió hondo temor al percibir las tendencias asesinas del paciente.

Lo que he descrito tiene que ver con el tema de la relación terapéutica misma y la severa tensión a que los fenómenos de desintegración y no diferenciación esquizofrénicas someten al terapeuta y el paciente ■