



VERTEX
REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

81



PROBLEMÁTICAS DE GÉNERO
EN PSIQUIATRÍA

*Gaviria / Levín / Matusevich / Ostrovsky / Pieczanski
Ruiz / Sobredo / Vairo / Vaschetto*

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

Volumen XIX - Nº 81 Septiembre - Octubre 2008

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. Barembli, 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. Artilles Visbal. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **ESPAÑA:** A. Berenstein; M. A. Díaz. **EE.UU.:** G. de Erausquin; 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.

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
 marisaghenry@gmail.com

Impreso en:
 Sol Print. Arazo de Lamadrid 1920. Buenos Aires

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: Nro. 207187 - ISSN 0827-6139

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XIX Nro. 81 SEPTIEMBRE-OCTUBRE 2008

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.

SUMARIO

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- **Secuencia de un Trance: alteraciones psicopatológicas secundarias a experiencias religiosas**
Luis Herbst, Federico Pavlovsky pág. 245
- **Olanzapina versus Haloperidol: efectividad en la funcionalidad y estado de salud en una muestra de pacientes venezolanos con esquizofrenia**
Cecilia Adrianzén, Miriam Sánchez,
Jesús Córdova, Ingrid Castillo pág. 254
- **Prevalencia de tratamiento psicoterapéutico en los habitantes de la ciudad de Buenos Aires**
Candelaria Escalante, Eduardo Leiderman pág. 261

DOSSIER

PROBLEMAS DE GÉNERO EN PSIQUIATRÍA

- **Algunas observaciones críticas sobre la “moda género”**
Ana Elisa Ostrovsky pág. 271
- **Se escucha hablar de psicofarmacología de género. ¿Estaremos escuchando bien?**
Laura Sobredo, Santiago Levin pág. 276
- **La medicalización del sufrimiento femenino: el Trastorno Disfórico Premenstrual**
Daniel Matusevich, Pedro Pieczanski pág. 280
- **En busca de las locuras puerperales en la Argentina**
Emilio Vaschetto pág. 292
- **Trastorno límite de la Personalidad. Reino de Mujeres, Tierra sin Hombres**
Martín Ruiz, María Carolina Vairo pág. 303
- **El género y el DSM: un recuento histórico, controversias y perspectivas**
Silvia Lucía Gaviria pág. 309

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- **Richard Burton: Anatomía de la Melancolía**
Norberto Aldo Conti pág. 317
- **Síntoma de la melancolía de las doncellas, monjas y viudas**
Richard Burton pág. 319

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
Neva Brass
“La mujer rota”
120 x 155 cm
Técnica: Óleo s/tela
Año 2000*

E-mail: nevabrass@gmail.com



VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

81

EDITORIAL



l día 10 de octubre ha sido declarado por la OMS y por la Federación Mundial para la Salud Mental "Día Mundial de la Salud Mental". Un derecho y una responsabilidad de todo el mundo, todos los días.

Mantener la Salud Mental, atender a cualquier indicio de riesgo y repararla son principalmente funciones estatales; en segundo término nos corresponde a quienes estamos en roles parentales, educativos, profesionales de la salud en general y, más específicamente, trabajadores de la salud mental.

A nivel mundial, se estima que unas 400 millones de personas sufren trastornos mentales o neurológicos, o problemas psicológicos derivados del consumo de alcohol y drogas. Y al menos una de cada cuatro personas que llega a un servicio de salud presenta síntomas de uno de estos desórdenes, que a menudo están mal diagnosticados y, por ende, mal tratados.

En Latinoamérica, recientes estudios concluyeron que entre el 15% y el 23% de los niños y adolescentes sufren problemas de salud mental. De ellos, entre el 3% y el 4% han tenido desórdenes severos que requieren de tratamientos especiales. Se calcula que en 1990 había en las Américas unos 114 millones de personas que padecían algún tipo de trastorno mental. Esta cifra, según las proyecciones, podría llegar en el 2010 a 176 millones.

En muchos lugares del continente americano sucede a menudo que el tratamiento no está al alcance de quienes lo necesitan. Un estudio reciente realizado en México mostraba que hasta un 80% de los pacientes diagnosticados con alguna enfermedad mental no habían recibido atención ni en los 12 meses previos al diagnóstico. Cálculos de la OPS estiman que una cuarta parte de la población adulta de América Latina y el Caribe sufre alguna enfermedad mental en algún momento de su vida. Los estudios indican que la prevalencia de los trastornos mentales en niños se sitúa en alrededor del 21% en Estados Unidos, oscilando entre un 12% y 29% en países en desarrollo como, por ejemplo, Colombia. Se cree que más de cinco millones de personas en la región sufre de epilepsia; sin embargo, de estos apenas 1,5 millones están identificados y reciben tratamiento.

Son cifras que interrogan sobre las causas de esta "visualización" epidemiológica de las alteraciones mentales: ¿Es debida a un mejor diagnóstico? ¿Hay un sobrediagnóstico por inclusión en el campo de la patología mental a las variaciones extremas de las conductas normales caracterizadas por emociones y afectos intensos? De algo no cabe duda: la proliferación de diagnósticos basados en criterios que trajo consigo la serie de los DSM contribuyó grandemente a incorporar contingentes de conductas antes consideradas normales en el campo de la patología mental. Otra reflexión que nos plantea el Día de la Salud Mental es que no debemos centrarlo en la patología psiquiátrica sino entenderlo en el marco de una Salud Mental integral, con mayúsculas, en la que para alcanzarla deban incluirse la política -y en particular la de salud-, la economía, la ecología, el urbanismo, la seguridad y la justicia; porque todas ellas integran el campo multi e interdisciplinario de la Salud Mental. Una intersección cultural que se inscribe en el vasto terreno de los Derechos Humanos, entendidos estos en su dimensión más general como derechos sociales, económicos y políticos de todos. Solo entendido el problema así es que se puede pensar en conmemorar un día que avance hacia un mundo más "vivable", más pacífico y más justo en el que la Salud como valor rija determinadamente las relaciones sociales y el conjunto de nuestra existencia ■

Juan Carlos Stagnaro

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

TEMAS DE LOS DOSSIERS DEL AÑO 2008

Vertex 77 / Enero - Febrero
**ACTUALIZACION
EN ADICCIONES**

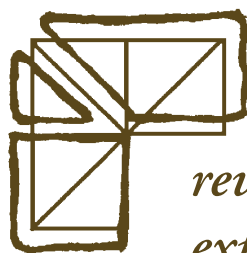
Vertex 78 / Marzo - Abril
CONCIENCIA Y CEREBRO

Vertex 79 / Mayo - Junio
ESPECTRO DEL TOC

Vertex 80 / Julio - Agosto
**CAMBIOS EN LOS PARADIGMAS
PSIQUIÁTRICOS**

Vertex 81 / Septiembre - Octubre
**PROBLEMÁTICAS DE
GÉNERO EN PSIQUIATRÍA**

Vertex 82 / Noviembre - Diciembre
**EFFECTOS ADVERSOS
DE FÁRMACOS**



*revista de
experiencias
clínicas y neurociencias*



Secuencia de un Trance: alteraciones psicopatológicas secundarias a experiencias religiosas

Luis Herbst

*Médico Psiquiatra
Servicio de Consultorios Externos - Hospital José T. Borda
E-mail: herbst@arnet.com.ar*

Federico Pavlovsky

*Médico Psiquiatra
E-mail: fpavlovsky@hotmail.com*

Introducción

Hay un concepto que circula entre los psiquiatras dedicados a la práctica clínica, y es que algunas entidades “ya no se ven”. Es frecuente escuchar entre colegas del ámbito de la salud mental cómo la histeria ha cambiado sus formas de manifestación en este “nuevo milenio”. Es un hecho cotidiano encontrarse con profesionales que afirman que los síntomas se han modificado de tal forma

que las parálisis, las cegueras o los mismos ataques de *histero-epilepsia* ya no se producen, que fueron propios de otra época (31). ¿Esta clínica no existe más? Siguiendo a Henry, los trastornos de conversión, por ejemplo, constituyen un avatar moderno y ateo de la conversión histérica, y designan el conjunto de manifestaciones neurológicas (motoras, sensoriales o epileptoides)

Resumen

Las alteraciones psicopatológicas secundarias a experiencias religiosas más frecuentes son los trastornos disociativos y los fenómenos de trance. Esta clínica no es frecuente observarla en los consultorios de práctica privada ni hospitalaria. Para realizar esta revisión se concurrió a sitios de culto donde los fenómenos de trance y posesión son frecuentes para observar su clínica y los métodos de inducción. Además se revisó la literatura publicada sobre el tema. Conclusiones: en la Ciudad de Buenos Aires los fenómenos de trance y los trastornos disociativos tienen una tasa de diagnóstico menor que en otros sitios. Los trances que evidenciamos fueron en su totalidad producto de inducciones.

Palabras clave: Trance - Trastornos disociativos - Religión y psiquiatría.

SEQUENCE OF A TRANCE: PSYCHOPATHOLOGICAL DISORDERS FOLLOWING RELIGIOUS EXPERIENCES

Abstract

The more frequent psychopathological alteration after religious experiences are the dissociative disorders and trance. It's not frequent to see this clinic in private practice or hospitals in Buenos Aires. To do this revision we went to religious sites where the trance and possession status are frequent, in order to observe their clinic and the methods to induce them. We made a bibliographic revision about trance. Conclusion: In Buenos Aires city the dissociative disorders and the trance are less diagnosed than in other sites. The trances that we saw were totally induced.

Key words: Trance - Dissociative disorder - Religion and psychiatry.

desprovistas de soporte orgánico. Para este autor, en la actualidad los neurólogos (y no los psiquiatras) son los que están en primera línea ante el problema de los trastornos motores de origen psicógeno (21).

Estos pacientes, convencidos de su enfermedad física (“y no psiquiátrica”), casi nunca llegan a ser derivados a un servicio de salud mental.

Pero en tal caso estos no son los únicos cuadros que “no se ven”.

Los fenómenos de trance u otras formas clínicas de los trastornos disociativos (TD), secundarios a experiencias religiosas, es otra clínica que, “parecería”, no se ve en los consultorios de práctica privada u hospitalaria. ¿Es la constelación de convicciones, creencias y certezas religiosas que habitan en los sujetos en los que se producen estos fenómenos clínicos lo que los aleja de los ámbitos profesionales? (27) Podría ser una explicación, pero parcial. ¿Será irreconciliable la tensión entre una mirada y escucha científica y las convicciones con que explican estos hechos aquellos que los padecen? Otra explicación, quizás también, parcial.

Algunas experiencias religiosas, o discursos altamente religiosos, pueden ser expresiones de trastornos psiquiátricos (23).

La literatura y la experiencia clínica nos muestran que algunas formas de epilepsia (en particular la epilepsia del lóbulo temporal) y desde las esquizotipias a diversas entidades del espectro de las psicosis pueden generar síntomas como: “experiencias de éxtasis”, pensamientos o percepciones religiosas (43), que no son disruptivos ni considerados patológicos cuando se producen en ambientes religiosos.

¿Estamos frente a una dificultad en observar esta clínica en los ámbitos habituales de trabajo por no salir de ámbitos religiosos? ¿O podríamos pensar que hay un déficit formativo en relación a los fenómenos disociativos y trance? Para intentar dar una respuesta a estas preguntas concurrimos a un centro religioso en la Ciudad de Buenos Aires en dos ocasiones en el mes de febrero del año 2007 para presenciar ceremonias religiosas, abiertas a la comunidad, en las cuales los fenómenos de trance y “posesiones” son frecuentes entre aquellos que participan. Fuimos a los efectos de observar estas experiencias como investigadores clínicos y somos conscientes que nuestra perspectiva de observación está en conexión con un campo representacional biomédico respecto de la enfermedad mental (37). Es necesario aclarar que no tomamos contacto con los organizadores ni se hicieron entrevistas psiquiátricas ni de ningún otro tipo a los asistentes. Ambos autores participamos de la ceremonia activamente como público y tomamos registro escrito de la experiencia en calidad de testigos presenciales. Además revisamos la literatura publicada en relación a esta clínica en la base de datos MEDLINE, utilizando las siguientes palabras clave: dissociative disorders, religion and psychiatry, conversion disorders, psychological seizure.

Los objetivos de este trabajo son:

1. Presentar una revisión narrativa de los fenóme-

nos disociativos, particularmente el fenómeno de trance secundario a experiencias religiosas.

2. Comentar nuestras observaciones de sujetos en trance en un ceremonial religioso.

3. Plantear interrogantes y algunas conclusiones sobre si a estos fenómenos se los puede considerar patológicos o no.

Una de las limitaciones de este estudio es que sólo hemos observado sujetos bajo trance y no se realizó ninguna entrevista con ellos ni existió seguimiento posterior.

Secuencia de un trance: la experiencia, primera parte

“Fue un sofocante viernes de verano. Habíamos decidido, como hemos dicho, que no podíamos actualizar y escribir sobre un fenómeno clínico de nuestro interés sin la experiencia de observarlo. Fuimos entonces a lugares de culto, en la Ciudad de Buenos Aires, donde los fenómenos de trance son habituales.

Al ingresar en el templo se observa una construcción imponente. Puerta de varios metros, iluminada intensamente y custodiada por hombres y mujeres con un aspecto impecable. Desde el mismo comienzo un hombre, gestual y carismático habla, hace pausas, ríe. Su arenga forma parte de la música (sonidos rítmicos, el bullicio de miles de personas, la música en sí misma) como un engranaje más. Hombres y mujeres de mediana edad. Matrimonios. Mucha gente humilde. El escenario es inusualmente alto, quizá un metro y medio por encima del público. Detrás del orador un trono de madera bañada en oro y terciopelo de dimensiones también enormes, que permanece vacío. Mientras el líder espiritual camina y gesticula como sólo lo podría hacer alguien con un gran entrenamiento, el público va entrando en calor, empiezan a repetirse a sí mismos el final de alguna frase o el estribillo de alguna de las canciones que un pianista toca en vivo. Canciones que inundan el templo a gran volumen y que muchos en el público ya conocen y entonan. Canciones que dan un golpe certero a quienes todavía están un poco “fríos” o escépticos. El orador retoma el discurso desde la misma canción. El orador habla de Satanás, del egoísmo, de los demonios. También de la ambición, de la salud y de la enfermedad. Habla de la energía negativa que tienen algunos hombres y de la posibilidad de vencer a los espíritus negativos y lograr así la plenitud espiritual y material” (31).

Psicopatología secundaria a experiencias religiosas:

Trastornos Disociativos

Los fenómenos clínicos con contenidos religiosos, como se señaló, no se pueden adjudicar a una sola categoría diagnóstica (35, 40, 41). En este trabajo sólo nos abocaremos a la clínica de los fenómenos de Trance por considerarlo un punto de tensión entre la psiquiatría y la religión, y quizá, junto con el estudio de la brujería, dos de los temas más importantes de la literatura antropológica.

Los fenómenos de Trance

Una de las formas clínicas, clásicamente descriptas, que aparecerían secundarias a experiencias religiosas son estados alterados de conciencia bajo la forma de Trances (28, 41). Las primeras descripciones de estos estados fueron hechas por Janet en 1889 y posteriormente en 1901 (22). Las presentó como un grupo heterogéneo de conductas caracterizadas por estados disociativos con íntima relación con la neurosis histérica.

Clásicamente, los fenómenos de trance son incluidos dentro del grupo de los Trastornos Disociativos (TD). Pero existen claras diferencias entre ambos. A los trances religiosos, también se los ha asimilado con los trances secundarios a hipnosis (10). El trance secundario a hipnosis surge del fuerte vínculo entre el sujeto y su hipnotizador (24).

Pierre Janet es considerado el fundador de las teorías modernas de la hipnosis, admirador de las prácticas mesmerianas, se interesa en la histeria y, particularmente, en las personalidades dobles. Freud, acerca de

los fenómenos de masa, en su trabajo "Psicología de las masas y análisis del yo" (16), destaca que "el individuo tiene una doble ligazón libidinosa: con el conductor y con los otros individuos de la masa". ¿Es este doble vínculo lo que hemos evidenciado en la experiencia, en el interjuego Asistente-Orador-Auxiliar que luego describiremos?

La hipnosis sólo genera estados alterados de conciencia en sujetos sugestionables (9). Desde sus principios la hipnosis está sustentada en el estrecho contacto entre hipnotizador e hipnotizado: es necesario, además, que se establezca entre ellos algún tipo de *contacto corporal*. ¿Qué lugar podría ocupar el contacto corporal que evidenciamos entre los auxiliares del pastor y los fieles en la inducción de estados disociativos?

Se observan, bajo hipnosis, alteraciones de la memoria, el ánimo, la identidad y alteraciones motoras. Las manifestaciones específicas de la hipnosis aparecen con mayor o menor fuerza según la personalidad del sujeto y el modo de inducción de la hipnosis. Más allá de los falsos supuestos acerca de la posibilidad de obtener "verdades" bajo hipnosis, los materiales obtenidos están

Tabla 1 - Comparación de los estados de Trance

	Culto Pentecostal	Voodoo Haitiano	Trastorno de Personalidad Múltiple
Edad Comienzo	Adolescente	Adolescentes Mayores 20 años	Niñez
Inducción	Meditación o cantos	Danzas - tambores	Estrés emocional
Participación en la inducción	Voluntaria	Voluntaria	Involuntaria
Duración	Minutos	Minutos - Horas	Minutos - Horas
Posesión	Espíritus - Diablos	Diversas deidades	Otras personalidades
Prevalencia por sexo	Mayor mujeres	Mayor mujeres	No
Naturaleza	Inducción espiritual sobre personalidad Vulnerable	Inducción espiritual sobre personalidad Vulnerable	Personalidad Vulnerable
Relación con contexto ritual	SI	SI	NO
Relación con Líder o Conductor para inducción	SI	SI	NO
	Cuadros Posesiones	Espiritismo Afro-Brasileño	Medium
Edad Comienzo	Adolescentes Mayores 20 años	Adolescentes Mayores 20 años	Mayores 20 años
Inducción	Estrés Emocional	Danzas - tambores	Autoinducida
Participación en la inducción	Involuntaria	Voluntaria	Voluntaria
Duración	Minutos	Minutos - Horas	Minutos - Horas
Posesión	Diablos	Diversas deidades	Espíritus - Deidades
Prevalencia por sexo	NO	Mayor mujeres	NO
Naturaleza	Inducción espiritual sobre personalidad Vulnerable	Inducción espiritual sobre personalidad Vulnerable	Personalidad Vulnerable
Relación con contexto ritual	NO	SI	NO
Relación con Líder o Conductor para inducción	SI	SI	NO

Reproducido con autorización del autor (10).

compuestos por fabulaciones oníricas, fantasías o respuestas generadas bajo el control del hipnotizador (10).

La respuesta a la inducción no es homogénea ya que depende de varios factores: personalidad, grado de expectativa de la persona y circunstancias asociadas al entorno. Nos preguntamos: ¿qué lugar tuvo en el rito que presenciamos la saturación de los sentidos mediante música repetitiva y cánticos? ¿Es una técnica de inducción a estados de conciencia alterados, al igual que los estados de hiperventilación y diversas técnicas respiratorias?

En diferentes cultos y en diferentes culturas se evidencian frecuentemente fenómenos de trance en sus ceremonias rituales (10, 23). Estos fenómenos presentan características específicas. Es frecuente en el Pentecostalismo, cultos Afro-brasileños (Umbanda, Candomblé, Macumba, Xango y Batuque), el Voodoo Haitiano, el Shamanismo y la medicina indígena. En la Tabla 1 se presentan las comparaciones entre los diferentes cultos y algunas entidades psicopatológicas como por ejemplo el trastorno por identidad múltiple.

Secuencia de un trance: la experiencia, segunda parte

El discurso, separado en bloques, se completa con preguntas al público. Está perfectamente musicalizado por melodías contagiosas y festivas, todo resulta en una atmósfera nítidamente emotiva. El discurso tiene mensajes claros, brindando la ilusión o la posibilidad concreta de resolver cualquier tipo de problema: desde una adopción hasta evitar la quiebra del negocio o la pérdida de un ser querido. Existen los demonios, los malos espíritus que causan los padecimientos físicos, espirituales y económicos. Es interesante la importancia que se da al dinero y a los problemas concretos de los hombres como la salud y el desempleo. Cada vez que el orador pregunta respecto a estos temas obtiene una clara respuesta del público que, poco a poco, comienza a ser menos individual, y se va fundiendo en un todo. Los individuos allí presentes comienzan a entrar en un estado singular, muy próximo a la fascinación en la que cae el hipnotizado bajo la influencia del hipnotizador. La personalidad consciente va desapareciendo gradualmente, la voluntad y el discernimiento se debilitan y los sentimientos se dirigen con fuerza al orador y al público, que pasa a ser una marea humana. Todos van entrando en un clima signado por las palabras, por la música, por los silencios, por el aliento del orador en el micrófono y las palmas de cerca de 2000 personas en los momentos de oración. Es un momento de plena algarabía. Un momento también controlado. Uno a uno y con el correr de los minutos los hombres y mujeres entran en sintonía con el clima y la propuesta escénica. Muchos tienen sus ojos cerrados, asienten con la cabeza. Se observan distintos matices de emoción: desde un ligero estremecimiento hasta el mismo éxtasis. Muchos están conmovidos. Cerca de 100 "auxiliares" del orador principal, apostados desde el comienzo de la ceremonia cerca del escenario, se comienzan a dispersar entre el público. Cada uno de ellos se acerca a pocos centímetros a las personas que no pueden esconder su emoción. Les ordenan que cierren los ojos, al mismo tiempo le colocan la mano en la frente y comienzan

a rezar y decir, textualmente: "Que el espíritu maligno se presente para expulsarlo del cuerpo que está habitando". Simultáneamente el orador sigue con las oraciones y los "auxiliares" hacen su trabajo con algunos de los asistentes, siempre los más conmovidos.

Un trabajo sincronizado y efectivo, dos engranajes de una misma máquina" (31).

¿Trastornos Raros o subdiagnosticados?

Durante largos años se ha considerado a los TD como fenómenos extremadamente raros, más aún se ha dudado de su existencia. En los últimos 15 años se han publicado diversos estudios epidemiológicos que han demostrado que "la rareza" estaba relacionada con el subdiagnóstico y el déficit en el uso de medios u escalas diagnósticas apropiadas para su detección (15, 32). Las poblaciones más estudiadas son las hospitalizadas (17, 18, 26, 33, 42). En estos pacientes internados se encontró una prevalencia de entre el 4% al 8% de TD según las muestras.

La prevalencia en la población ambulatoria sería mayor. En una muestra urbana de 231 admisiones consecutivas, pacientes ambulatorios, evaluados en su ingreso a un Servicio de Psiquiatría: el 29% recibió el diagnóstico de algún tipo de TD (15). En un estudio realizado con pacientes ambulatorios en Turquía (36) se reporta que el 12% de los pacientes ambulatorios admitidos padecían algún tipo de TD. Se estima que el 10% de los pacientes que experimentaron una situación de abuso pueden presentar clínica disociativa (12).

Aún considerando las diferentes características de las muestras incluidas en ambos estudios los resultados de prevalencia son sorpresivamente altos.

Los datos de prevalencia que poseemos de la Ciudad de Buenos Aires son los siguientes: en un estudio sobre 81 internaciones, en un Servicio de Psiquiatría de un Hospital General, a lo largo de un año (33) se observó que sólo el 1,2% recibió el diagnóstico de TD en el ingreso. En ese mismo estudio se hace un análisis de estabilidad diagnóstica, comparando los diagnósticos de epícrisis con los de ingreso. Ningún paciente egresó con diagnóstico de TD. Aquellos que recibieron ese diagnóstico de ingreso, luego del tratamiento, tal diagnóstico inicial no fue sostenido por el equipo tratante al egreso. En un estudio epidemiológico sobre población internada por un seguro médico en la ciudad de Buenos Aires, n=244, 23 meses de seguimiento, no se diagnosticó ninguna internación con diagnóstico de TD (29). En un hospital general de la Provincia de Buenos Aires funciona una guardia psiquiátrica por las mañanas. Se evaluaron todas las consultas del año 2006 realizadas durante el horario mencionado, n=521; no se reportó ningún diagnóstico de TD (6). En relación a la tasa de diagnóstico en pacientes internados y ambulatorios con TD en la Ciudad de Buenos Aires podemos afirmar que no hay estudios metodológicamente adecuados que puedan explicar por qué hay una baja o nula prevalencia del diagnóstico de TD en esta ciudad comparado con los datos que nos aportan los estudios de otros países. Si bien podría pensarse que dichos cuadros clínicos podrían formar parte de los denominados "sin-

dromes relacionados con la cultura”, tanto en el caso del trance como el estado de posesión, su distribución global ha sido bien documentada (8).

Si bien no tenemos estudios sobre este punto, tenemos algunas hipótesis: 1- déficits en la formación profesional; 2- baja consideración de esta entidad como diagnóstico posible; 3- confusiones clínicas con patologías del espectro psicótico. Futuros estudios serán necesarios para poder responder estas hipótesis.

Diferencias clínicas y criterios de diagnósticos entre Trance y otros fenómenos disociativos

Las dimensiones clínicas alteradas en los episodios de trance religioso son: alteraciones perceptuales, en la memoria y en la identidad (12). Goodman (19) reporta frecuentes alteraciones en el habla (glosolalia). Los contenidos del discurso reportados con mayor frecuencia son: cuestiones morales-religiosas, acerca del honor, tensión Dios-Diablo, convicción de estar habitado o manipulado por seres poderosos, dioses o diablos. Se reportan, aunque con baja frecuencia, acting-out o situaciones que pueden significar riesgo para sí y terceros (14).

Una revisión sobre la fenomenología clínica de los TD (5, 11, 20) nos muestra, por lo menos, 20 tipos diferentes de síntomas y/o dimensiones alteradas: 1- trastornos en la memoria; 2- despersonalización; 3- desrealización; 4- trance; 5- recuerdos intrusivos o flashbacks; 6- pseudoalucinaciones; 7- pseudoalucinaciones persecutorias; 8- pseudoalucinaciones de comando; 9- voces dialogando entre sí; 10- intrusión de sensaciones; 11- intrusión de pensamientos; 12- intrusión de acciones; 13- aparato de influencias; 14- inserción de pensamientos; 15- ausencia de pensamientos; 16- síntomas conversivos; 17- confusiones de identidad; 18- ausencia de tiempo; 19- fugas; 20- sensación de extrañeza o no recuerdo de conductas realizadas.

De los síntomas antes mencionados, diez de ellos (despersonalización, desrealización, Trance, confusiones de identidad, inserción de pensamientos, ausencia de pensamientos, ausencia de tiempo, fugas, sensación de extrañeza o no recuerdo de conductas realizadas) si bien se reportan en la literatura como correspondientes a los TD, no se mencionan en el DSM-IV dentro de los trastornos disociativos.

Son curiosas estas ausencias en las categorías disociativas dado que el núcleo clínico de estos síntomas, entre ellos el trance, es la disociación.

La tercera versión del DSM (1) elimina la neurosis histérica y reparte los síntomas en dos grandes categorías de trastornos: los somatomorfos (somatización, conversión, trastorno por dolor) y los disociativos (amnesia, fuga, trastorno de la identidad, etc.). El desmembramiento hizo que los TD quedaran definidos de modo menos preciso.

Con relación a los fenómenos de trance en el DSM-IV (2), este manual define que la investigación se tiene que centrar en dos formas clínicas: el estado de trance y el estado de posesión-trance. El estado de posesión-trance es definido aquí como: alteración de la conciencia a for-

mas episódicas o únicas, asociado a sensación o convicción de reemplazo de la identidad por influencia de un ser superior, deidad o diablo (3). Por lo que se comprende, la propuesta de los autores de este apartado (Apéndice B: “Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores”) en el DSM-IV TR es diferenciarlo de los TD de la identidad y ubicarlos, en un futuro, como una categoría diagnóstica en sí misma. Por ahora los cuadros englobados en este apéndice son diagnósticos que el manual aún no acepta y para los cuales propone la realización de más investigaciones.

Siguiendo a Nathan (28), bajo el nombre de rituales de posesión se describen, en general, ceremonias que involucran la religión, la fiesta musical y sesiones colectivas de terapia durante las cuales el cuerpo del asistente, en estado de trance, adopta el comportamiento, la palabra y la voz de “invisibles” no humanos como las divinidades, los espíritus, los demonios o los ancestros. El ritual suele tener un significado fuertemente simbólico, otorga “una nueva vida” y se caracteriza por sensaciones inhabituales e intensas en el contexto de un estado alterado de conciencia. *Se puede definir al estado disociativo de trance como una alteración de la percepción del mundo exterior que altera más la conciencia que la identidad.* Se encuentran con frecuencia movimientos corporales: caída súbita, inmovilización (estupor disociativo), aturdimiento, excitación, etc. *El estado de posesión es una variante caracterizada por la impresión que la identidad personal ha sido reemplazada por una nueva identidad atribuida a un espíritu, un ancestro, un dios, un poder u otra persona* (13). Quizá sea oportuno aclarar que los rituales de posesión y exorcismo descritos en detalle por la literatura antropológica desde la década del 50 (particularmente en países africanos) son procedimientos realizados con coordenadas precisas: los poseídos forman un grupo estructurado de sujetos, sometidos a una jerarquía con reconocimiento social y con un calendario preciso de ceremonias litúrgicas. No es un fenómeno al azar o que cualquier persona puede experimentar. Existe un grupo “oficial” de personas poseídas y sistemáticamente se identifica las potencias “posesoras” (4). Dichos cuadros de posesión distan de los fenómenos transitorios disociativos que observamos en la ceremonia, aunque tienen puntos de contacto: el anuncio por parte de los oradores de “malos espíritus” que invaden los cuerpos y producen distintos tipos de males y la realización de exorcismos en el escenario.

El DSM-IV TR (3) describe 4 tipos de TD: a) Amnesia Disociativa: se encuentra alterada principalmente la memoria; b) Fuga Disociativa: se encuentra alterada la memoria, identidad, orientación temporal y espacial; c) Disociación: se encuentra primariamente alterada la identidad y secundariamente la memoria; d) Despersonalización: hay alteraciones perceptuales asociadas a alteraciones de la conciencia. Si siguiéramos sólo la clasificación DSM-IV TR, al Trance hoy lo diagnosticaríamos como Trastorno Disociativo no Especificado.

En la Clasificación de Trastornos Mentales de la Organización Mundial de la Salud – ICD 10 (30) sí se incluye al diagnóstico de trance de la siguiente forma:

“Trastornos en los que hay una pérdida temporal del sen-

tido de la identidad personal y de la plena conciencia del entorno. En algunos casos el enfermo actúa como poseído por otra persona, espíritu, deidad o "fuerza". La atención y la conciencia del entorno pueden limitarse a sólo uno o dos aspectos inmediatos y a menudo se presenta un pequeño pero reiterado conjunto de movimientos, posturas y manifestaciones expresivas. Se incluyen aquí sólo aquellos estados de trance que son involuntarios o no deseados, que interfieren en la actividad cotidiana porque tienen lugar al margen (o son una prolongación de) ceremonias religiosas o culturales aceptadas."

Como se observa, no hay clínica patognomónica de los TD y algunos síntomas requieren una aguda diferenciación de los cuadros del espectro psicótico, donde la despersonalización (con grave amenaza de división y desintegración de la identidad del paciente) puede ser un fenómeno secundario a la *spaltung* descrita por Bleuler (7). Muchos de estos síntomas y dimensiones alteradas cursan con un alto grado de certeza y baja crítica, lo que puede dificultar, más aún, establecer el diagnóstico preciso.

Uno de los diagnósticos diferenciales a realizar es con el Síndrome de Ganser (amnesia y alucinaciones en una personalidad histérica, respuestas sin sentido frente a preguntas simples y actos bizarros, absurdos o desorganizados), así como también el síndrome de Cotard, que puede cursar con fenómenos de despersonalización en el contexto de un delirio depresivo de negación (11).

La esquizofrenia, ciertas parafrenias, trastornos del ánimo con síntomas psicóticos, episodios de psicosis breve recurrente, cuadros tóxicos (con una notable asociación entre la marihuana y despersonalización), algunas formas de epilepsia (en particular la crisis parcial compleja), son algunas de las entidades que debemos tener en cuenta como diagnósticos diferenciales (43).

Secuencia de un trance: la experiencia, última parte

La imagen es impresionante. Con el correr de los minutos todos los "auxiliares" han seleccionado a alguien de los asistentes para realizar el ritual que vamos a describir. La mano en la frente, el susurro en el oído, los ojos cerrados, fuertes flexiones rítmicas a la altura del cuello. El orador de fondo. Llantos en algún lugar. Voces y susurros. Algún alarido contenido. Mientras desarrollan su procedimiento (idéntico en todos los casos), comienzan a llevar a algunas de las personas del público hacia el escenario; mientras dejan en sus asientos a aquellos que por algún motivo se han "desconectado de la experiencia". Todo es hecho con profesionalidad. No hay movimientos bruscos. No hay improvisación. Los van acercando de a uno, siempre con los ojos cerrados y hablándoles al oído. Una de las cosas más llamativas es el completo dominio que tienen sobre esos hombres y mujeres. Los "elegidos" llegan al escenario producto de un intenso trabajo en la penumbra, con una voz que les habla "sólo a ellos" al oído en forma ininterrumpida y con una mano en la frente, indicando que el contacto corporal no es un detalle. No hay sugestión sin cuerpos. Algunos asistentes tras la implemen-

tación de este dispositivo, sistemático y estudiado en cada detalle para provocar el trance, llegan en un estado disociado al escenario. En esta experiencia se dan dos factores distintos: por un lado el vínculo de los asistentes con el orador y por otro lado el trato con el "auxiliar". Es un doble vínculo que facilita, en los susceptibles, el influjo sugestivo a padecer un estado disociativo. Un ambiente de máxima concentración y tensión. El auditorio en los minutos finales se divide en dos. Por un lado los que siguen todo desde las butacas, con un nivel de emoción y de afectación elevado. El segundo grupo de sujetos, sigue el ritual de diferentes formas: algunos en silencio y posición fetal, otros paralizados, otros hablando en lenguas extrañas, personas que "vuelven a caminar" luego de meses, personas que dejan de sentir dolor.

Una mujer joven grita desesperada, pide que le saquen el diablo de adentro. Todas estas personas están rodeadas y "protegidas" por cincuenta o más "auxiliares". El orador en esos minutos, además de varias "curaciones", exorciza delante de dos mil personas a una joven que lo insulta con voz ronca y que lo escupe... se da el siguiente diálogo:

-Quién eres? –

Pregunta el orador.

-Soy la hija de Satán –

Dice con voz gruesa.

-Te echamos en nombre del señor-

Exclama el orador.

El auditorio guarda completo silencio. El ritual dura varios minutos durante los cuales todo el mundo allí presente está pendiente de los diálogos entre esta mujer y el orador. Los "auxiliares" la sujetan al estilo de una contención física. Los gritos son de verdad, esa mujer se siente poseída, no hay nada (al menos esa es nuestra impresión al estar allí) de "como si", de actuación o de simulación. Todo demasiado real.

Sale finalmente de ese estado de "posesión" luego de varios minutos. Los otros "poseídos" lentamente vuelven a su estado de conciencia no alterado.

Algunos, quizá en un trance más profundo, tardan más minutos que otros.

Hacia el instante final, dedicado a las "contribuciones" económicas todos han recuperado la lucidez y cordura. El clima se va disolviendo y los asistentes vuelven a ser personas distintas, con diferencias. Con sus propias expresiones. Hombres y mujeres de distintas procedencias. La mujer exorcizada, con los ojos hinchados es felicitada por otras personas. Es el fin de la ceremonia" (31).

Conclusiones: ¿son patológicos todos los estados de Trance?

La pregunta si a todos los estados de trance se los puede considerar patológicos, genera debate y controversias en los investigadores.

La psiquiatría ha dado cuenta del vínculo entre temas religiosos y patología mental a lo largo de numerosas descripciones: temas de revelación divina y de redención en los accesos delirantes o las psicosis cicloides, temas de misión divina, de relación privilegiada con Dios, temas de condenación melancólica, de culpabilidad escrupulo-

sa o de posesión diabólica. Pero, ¿cuándo una creencia o vivencia religiosa se transforma en patológica? Lo discutiremos sólo en relación al trance.

El contexto religioso: el DSM-IV TR plantea en sus *criterios de exclusión* para diagnosticar el fenómeno disociativo de trance, que se deberá descartar la presencia de psicosis, abuso de sustancias o enfermedades generales como la epilepsia; en el mismo sentido plantea que los fenómenos de trance y posesión en el contexto de prácticas religiosas se inscriben en el campo de la "normalidad social". Otros autores (38) coinciden y no los consideran patológicos, a los fenómenos de trance, mientras se desarrollen en contextos religiosos. Esta posición prioriza el *contexto* y sería tal variable lo que definiría la condición de patológica o no de una experiencia de Trance. Para quienes sostienen esta postura los estados alterados de conciencia en el marco de una ceremonia religiosa no pueden considerarse como patológicos, puesto que se desarrollan en un marco de creencias prevalente. Ahora bien, ¿qué una conducta o un comportamiento se circunscriba a un contexto específico define su condición de "no patológica"? ¿Por qué, en el trance religioso, aceptaríamos que la especificidad de una conducta en relación a un contexto la define como no patológica y con las fobias y el TOC no? ¿Estaríamos frente a una contradicción interna del DSM-IV?

La libertad de elección: el DSM-IV TR destaca que no deben considerarse patológicos los estados de trance alcanzados por "propia voluntad" enmarcados en un determinado contexto cultural y religioso. Además sostiene que estos estados *voluntarios* de trance constituyen la gran mayoría de los estados de trance y posesión. Ward (43) plantea, también, que las situaciones de trance religioso son inducidas por la decisión libre y voluntaria de concurrir a un ritual y específicamente en los sitios de culto.

Pese a resaltar el carácter no patológico de la mayoría de los casos, el DSM-IV admite el hecho que los síntomas del estado de trance podrían verse reforzados o disminuidos dependiendo de estímulos ambientales y manipulaciones de otros individuos. Según hemos evidenciado, si bien se concurre libre y voluntariamente, los estados de trance o disociación que observamos en la ceremonia fueron provocados por *técnicas de inducción* ya descritas en la bibliografía tales como hiperestimulación sensorial y cinética, hiperventilación, hipermotilidad forzada (movimientos de flexo-extensión del cuello practicados por los auxiliares a algunos asistentes) y de gran importancia, la estimulación acústica rítmica y a elevado volumen (44). Los estados alterados de conciencia, explica Wolfgang, pueden inducirse por técnicas fisiológicas y psicológicas (sugestión individual y colectiva en una situación específica). Estas técnicas inducen un estado disociativo por parte de los líderes y por la influencia del grupo, normalmente en conjunción con algún tipo de actividad física. Los miembros "poseídos"

del grupo normalmente aducen amnesia y no son considerados responsables, frente a la audiencia empática, del comportamiento que se atribuye al ente sobrenatural (44). Las acciones y decisiones libres, que no afectan a la comunidad, son del ámbito privado de las personas¹. *Lo que no asegura la libertad en la toma de decisión es la ausencia de patología en las decisiones tomadas.* Los suicidas son un ejemplo de esto. ¿Hay libertad de elección en los sujetos en trance que observamos más allá de haber sido sujetos pasivos de una inducción? ¿Lo eligen o la inducción les impone un estado alterado de conciencia? Sobre ese punto, Stagnaro (39) planteó: "¿Cuándo empieza la elección? ¿La entendemos como un fenómeno exclusivamente consciente o pueden entrar en ella motivaciones inconscientes? ¿Cómo se puede separar la creencia previa, o las necesidades previas del sujeto que decide concurrir a una ceremonia en la que entrará en trance "inesperadamente" de la inducción que se le hace? ¿Esa decisión puede definirse como patológica? Esta problemática pone de manifiesto cuán endeble es nuestro conocimiento actual sobre la diversidad de los estados de conciencia; más aún sobre lo que entendemos por conciencia. Una perspectiva antropológica podría interponer el argumento de que el sujeto necesita entrar en trance para compensar, equilibrar o justificar una manera de ver el mundo hostil, inmanejable, inexplicable para él que se le presenta en la realidad contemporánea y que le produce un sufrimiento determinado".

El sufrimiento psíquico: en el ritual que presenciamos (y en el que participamos activamente), en numerosas ocasiones se hizo mención a padecimientos psíquicos como la depresión a la que se asoció explícita, unívoca y directamente debido a la acción de "malos espíritus" que había que eliminar. Además, el dispositivo que describimos previamente, creemos que puede ser entendido como una herramienta de sugestión con fines predeterminados, situación que no se distancia mucho de la manipulación, según nuestro entendimiento. Un porcentaje importante de las depresiones responde a intervenciones psicosociales y/o placebo, pero no todas. ¿Cuál será el destino de los que no responden a la acción religiosa como herramienta curativa? ¿La psiquiatría? No sabemos.

Conclusiones finales

1- Las tasas de diagnóstico de TD y trance es baja en la Ciudad de Buenos Aires en comparación con datos epidemiológicos de otras capitales. Faltan estudios que puedan determinar las causas de esta diferencia.

2- La conexión entre estas prácticas religiosas y patología mental en la experiencia descrita, está dada por la existencia de un procedimiento estudiado y sistemático que favorece la instalación de cuadros disociativos, en particular de trance y posesión en un contexto particular, enmarcado en un ceremonial religioso.

3- Al presenciar tal ceremonia fue evidente para los autores de este trabajo la sincera fe de los asistentes así

¹ Constitución de la República Argentina, Art. 19, 1994.

como la ausencia de fenómenos de actuación o simulación.

4- Fue notable para nosotros cómo la ceremonia está en gran parte sustentada por el estado de trance al que arriban 20 ó 30 personas por inducción, sobre un total de más de 2000. Éstos, en un trance profundo, eran la prueba y evidencia de que todo lo que allí se decía constituía una verdad. Sin cuestionar la doctrina religiosa, pudimos presenciar la dinámica y la secuencia de instalación de episodios de trance. Tal observación y descripción la realizamos con el fin poder analizar y reflexionar

como psiquiatras respecto a este tipo de eventos donde psiquiatría y religión tienen puntos de contacto a veces problemáticos. Además creemos que forma parte de la ética de nuestra profesión no sólo la descripción de síntomas y de cuadros psiquiátricos sino también de dispositivos como el detallado, que puedan favorecer la instalación de cuadros psicopatológicos en sujetos susceptibles y estafados en su buena fe. Y por último, aunque estos cuadros no lleguen al consultorio privado u hospitalario consideramos igualmente que debe ser un campo de estudio de nuestra disciplina ■

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. DSM III, Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition. American Psychiatric Publication Inc., 1980.
2. American Psychiatric Association, DSM IV, Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, American Psychiatric Publication Inc., 1994.
3. American Psychiatric Association, DSM IV-TR, Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (text revision), American Psychiatric Publication Inc., 2004.
4. Auge Marc. El oficio del antropólogo. Editorial Gedisa. Barcelona, 2006.
5. Bak M, OsJ. How false are false positive psychotic symptoms? *Schizophr Res* 2003; (62): 187-189.
6. Belaga G. Comunicación personal, 2007.
7. Bleuler E. Demencia Precoz. 2a ed. Buenos Aires, Ediciones Hormé, 1993.
8. Bourguignon E. Introduction: a framework for the comparative study of altered states of consciousness. En: *Religion, altered states of consciousness and social change*. Columbus, Ed. Bourguignon, Ohio State University Press, 1973. pp 3-35.
9. BY N, Yap AK, Su A, Lim D, Ong SH. Personality profiles of patients with dissociative trance disorder in Singapore. *Compr Psychiatry* 2002;43(2):121-6.
10. Coons P. The differential Diagnosis of Possession States. *Dissociation* 1993; DEC, Vol C1.1: 213-216.
11. Dell P. Dissociative Phenomenology of Dissociative Identity Disorder. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190:10-15.
12. Elmore J. Dissociative Spectrum Disorders in Primary Care setting. Primary Care Companion. *J Clin Psychiatry* 2000; 2: 37-41.
13. Escande M. Histeria. *Encyclopedie Medico-Chirurgicale-E-37-340-A-10*. 2001.
14. Ferracuti S, Sacco R, Lazzari R. Dissociative Trance Disorder: Clinical and Research findings in ten persons reporting demon possessions and treated by exorcism. *J Pers Assess* 1996; 63 (3): 525-539.
15. Foote B, Smolin Y, Kaplan M, Legatt ME, Lipschitz D. Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 2006; 163 (4): 566-8.
16. Freud, Sigmund (1921). Psicología de las masas y análisis del Yo. Obras Completas. Vol 18. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1982.
17. Friedl MC, Draijer N. Dissociative disorders in Dutch psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1012-1013.
18. Gast U, Rodewald F, Nickel V, Emrich H. Prevalence of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a German university clinic. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189: 249-257.
19. Goodman FD. Glossolalia and single-limb trance: some parallels. *Psychother Psychosom* 1971; 19 (1): 92-103.
20. Guz H, Doganay Z, Ozkan A, Colak E, Tomac A, Sarisoy G. Conversion and somatization disorders Dissociative symptoms and other characteristics. *J Psychosom Res* 2004; 56: 287-291.
21. Henry JM, Védie C, Witjas T, Azulay JP, Poinso F. Semiología de los trastornos psicomotores *Encyclopedie Medico-Chirurgicale- F-37-117-A-10*. Elsevier, 2007.
22. Janet PL. Automatismes Psychologique. Paris, Pierre Janet edition, 1973.
23. Lawrence L, Peters E. Reasoning in Believers in the Paranormal. *J Nerv Ment Dis* 2004; 192: 727-733.
24. Leguay D. Psiquiatría y Religión. *Encyclopedie Medico-Chirurgicale-E-37-888-A-10*, 2002.
25. Ludwig AM. Altered Status of consciousness. *Arch Gen Psychiatry* 1966; 15: 225-234.
26. Lussier RG, Steiner J, Grey A, Hansen C. Prevalence of Dissociative disorders in an acute care day hospital population. *Psychiatr Serv* 1997; 48: 244-246.
27. Moss Q, Fleck D, Strakowski S. The influence of religious affiliation on time to first treatment and hospitalization. *Schizophr Res* 2006; 84: 421-426.
28. Nathan T. Terapia y cultura. *Encyclopedie Medico-Chirurgicale-E- 37-725-D-10*, 2001.
29. Nemirovsky M, Rosenstein M, Agrest M, Tkach J, Montanelli R. Características epidemiológicas y de la atención de los pacientes internados psiquiátricamente en una Empresa de Medicina Prepaga en la Ciudad de Buenos Aires. *Vertex, Rev Arg Psiquiatr* 2003; 14 (54): 292-8.
30. OMS. ICD 10, Internacional classification of diseases. 10th edition, 1990.
31. Pavlovsky F. Radiografía de un endemoniado. Estudio social y clínico de un ceremonial religioso. *Topia Revista* 2008; 51.
32. Pope H, Oliva P, Hudson J, Bodkin A, Gruber A. Attitudes Toward DSM-IV Dissociative Disorders Diagnoses Among Board-Certified American Psychiatrists. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 321-323.
33. Richly P, Xamena P, Surur C, Espert J, Pavlovsky F. Datos operacionales de la Sala de internación de Psicopatología de un hospital general a lo largo de un año. *Vertex, Rev Arg Psiquiatr* 2006; 17 (67): 182-190.
34. Rifkin A, Ghisalbert DO, Dimatou S, Jin C, Sethi M. Dissociative identity disorder in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 844-845.
35. Saladini O, Luaute J. Despersonalización. *Encyclopedie Medico-Chirurgicale-E-37-125-A-10*, 2003.
36. Sar V, Yargic I, Tutkum. Structured interview data on 35 cases of dissociative identity disorder in Turkey. *Am J*

- Psychiatry* 1996; 153: 1329-1333.
37. Scheid F, Raveau F. Representaciones sociales de la enfermedad mental. *Encyclopedie Medico-Chirurgicale-E- 37-725-E-10*. 2001 Elsevier, Paris.
 38. Spiegel D (ed.). Dissociative Disorders. En: Tasman A & Goldfinger SM (eds.) American Psychiatric Press Review of Psychiatry (vol 10) Washington DC, American Psychiatric Association.
 39. Stagnaro JC. Comunicación Personal, 2007.
 40. Tart C. Altered states of consciousness. San Francisco, Harper Publishing, 1969.
 41. Tepper L, Rogers S, Coleman E, Malony H. The Prevalence of religious coping among persons with persistent mental illness. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 660-665.
 42. Tutkun H, Sar V, Yargic LI, Ozpulat T, Yanik M, Kiziltan E. Frequency of Dissociative disorders among psychiatric inpatients in a Turkish university clinic. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 800-805.
 43. Ward J. Caring for patients of diverse religious traditions: the Church of Jesus Christ of Latter-Day Saints. *Home Healthc Nurse* 2006; 24 (6): 396-8.
 44. Wolfgang J. Curación tradicional popular no occidental y psiquiatría. En: Gelder M, López Ibor JJ, Andreasen N. Tratado de psiquiatría. Tomo II. Barcelona, Editorial Ars Médica, 2003. p. 1265-1271.
 45. Wolfgang J. Síndromes relacionados con la cultura. En: Gelder M, López Ibor JJ, Andreasen N. Tratado de psiquiatría. Tomo II. Barcelona, Editorial Ars Médica, 2003. p. 1801-1805.



Centro Privado de Psicoterapias

Médicos Psiquiatras

El Centro Privado de Psicoterapias fue creado en 1981, con el objetivo de brindar un servicio de atención en salud mental de excelencia a grandes poblaciones. Hoy, somos referentes a nivel nacional e internacional.

Actualmente nos encontramos en la búsqueda de profesionales para integrarse al staff, interesados en recibir formación en psicoterapia y psiquiatría a través de diversas actividades como seminarios, cursos de postgrado, atención de pacientes por Cámara Gesell e investigación.

Nos gustaría contactarnos con Médicos Psiquiatras que se interesen en:

- Trabajar en colaboración con psicólogos formados en terapias focalizadas.
- Participar de reuniones semanales de supervisión.

Si es de su interés formar parte del staff de profesionales del Centro, ingrese su CV en la web: www.cpp.com.ar o envíelo al siguiente mail: ceciliarc@cpp.com.ar, para concertar una entrevista.

Olanzapina versus Haloperidol: efectividad en la funcionalidad y estado de salud en una muestra de pacientes venezolanos con esquizofrenia

Cecilia Adrianzén

*Psiquiatra. Gerente Médico de Investigación Clínica en Neurociencias. Eli Lilly & Co. Afiliada LACMASS. Lima, Perú
E-mail: Adrianzen_Cecilia@Lilly.com*

Miriam Sánchez

Médica Psiquiatra. Hospital Psiquiátrico "Dr. Jesús Mata de Gregorio" (Sebucán), Caracas, Venezuela

Jesús Córdova

Médico Psiquiatra. Hospital Militar "Dr. Carlos Arvello", Caracas, Venezuela

Ingrid Castillo

Médica Psiquiatra. Hospital Psiquiátrico de Lídice, Caracas, Venezuela

Introducción

La esquizofrenia, que afecta aproximadamente al 1% de la población mundial sin distinción de clases sociales, es una enfermedad crónica y discapacitante (7). Generalmente se presenta antes de los 25 años de edad y se

Resumen

Objetivo: comparar la efectividad de olanzapina versus haloperidol, en términos de tasas de recaída en pacientes venezolanos con esquizofrenia. **Métodos:** estudio abierto, aleatorizado, de 9 meses de seguimiento luego del alta hospitalaria o la estabilización clínica. El *Medical Outcomes Study Form Health Survey* (SF-36) y el *Quality of Life Index from Mezzich & Cohen* fueron usados para evaluar el estado de salud y la calidad de vida. Se registraron parámetros de seguridad. **Resultados:** se enrolaron 31 pacientes en olanzapina y 40 en haloperidol y las tasas de discontinuación fueron 65% y 68% respectivamente. Sólo un paciente en haloperidol recayó. El estado de salud mejoró más con olanzapina con diferencia estadística en 5 de los 8 dominios del SF-36. La olanzapina fue discretamente superior en mejorar la calidad de vida. Más eventos adversos se registraron con haloperidol ($p = 0.036$). Más síntomas extrapiramidales, acatisia e insomnio se reportaron con haloperidol y mayor aumento de peso con olanzapina sin diferencia estadística. **Conclusiones:** ambas medicaciones fueron similares en prevenir recaídas. El estado de salud y funcionalidad mejoró más con olanzapina vs. haloperidol. Los resultados de seguridad fueron consistentes con los perfiles conocidos de las drogas. Limitaciones en el diseño y conducción del estudio, acotan su generalización.

Palabras clave: Esquizofrenia - Olanzapina - Haloperidol - Encuesta de estado de salud SF-36.

OLANZAPINE VERSUS HALOPERIDOL: EFFECTIVENESS IN FUNCTIONALITY AND HEALTH STATE IN A SAMPLE OF VENEZUELAN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Abstract

Objective: To compare olanzapine versus haloperidol effectiveness, in terms of relapse rates in Venezuelan patients with schizophrenia. **Methods:** A randomized, open label, follow-up study of 9-months after clinical stabilization or hospital discharged was conducted. The *Medical Outcomes Study Form Health Survey* (SF-36) and the *Quality of Life Index from Mezzich & Cohen* were used to evaluate the health state and quality of life. Safety parameters were collected. **Results:** Thirty-one patients in olanzapine and 40 in haloperidol were enrolled and discontinuation rates were 65% and 68% respectively. Only one patient in haloperidol relapsed. Health status improved more with olanzapine showing statistically significant improvement in five of the eight items of the SF-36. Olanzapine was slightly superior improving quality of life. More adverse events were registered with haloperidol ($p = 0.036$). More extrapyramidal symptoms, akathisia and insomnia were reported with haloperidol and more weight gain with olanzapine but the differences were not significant. **Conclusions:** Both medications were similar preventing relapses. Health status and functionality improved more with olanzapine versus haloperidol. Safety results are consistent with the known profile of the drug. Study limitations on design and conduction of this study restrict its generalization.

Key words: Schizophrenia - Olanzapine - Haloperidol - Health status survey SF-36.

la diagnóstica cuando aparecen los síntomas positivos como delusiones, alucinaciones, lenguaje y conducta desorganizados (14, 16). Además de los síntomas positivos, el espectro sintomático de la esquizofrenia incluye síntomas negativos, depresivos y de compromiso cognoscitivo, todo lo cual limita severamente el funcionamiento de la persona afectada (2, 5, 6). El descubrimiento de los antipsicóticos de primera generación (APG) significó un gran avance en el conocimiento y tratamiento de esta enfermedad, pero los eventos adversos, especialmente los extrapiramidales, limitan su uso y en algunos casos podrían comprometer aún más el funcionamiento de la persona. Los antipsicóticos de segunda generación (ASG), revolucionaron nuevamente el tratamiento de la esquizofrenia debido al más amplio espectro de eficacia clínica y diferente perfil de tolerabilidad en síntomas extrapiramidales. Esto significa una mejor calidad de vida y mejor funcionalidad (9). Tanto el haloperidol como la olanzapina han sido ampliamente estudiados en diversos ensayos clínicos. La olanzapina ha demostrado similar eficacia que el haloperidol en mejorar los síntomas positivos y superior eficacia en mejorar los síntomas negativos, depresivos y cognitivos, con menores tasas de recaídas (8-10). Adicionalmente, se ha comparado haloperidol versus olanzapina en cuanto a estado de salud, funcionalidad y calidad de vida (8, 10, 19, 20, 23, 26, 27).

El *Medical Outcomes Study Form Health Survey* (SF-36) es un instrumento que permite evaluar el nivel de funcionamiento físico y mental según lo percibe el paciente. El SF-36 consta de 36 preguntas que evalúan 8 dominios de funcionamiento y bienestar (29). Los dominios son los siguientes: 1) funcionamiento físico: evalúa el grado en que la salud del individuo limita una serie de actividades; 2) rol físico: evalúa hasta qué punto los problemas de salud física interfieren en el funcionamiento ocupacional del paciente; 3) dolor: evalúa tanto el grado de dolor como la interferencia que éste produce en la vida del paciente; 4) salud general: referidos a la percepción personal del estado de salud; 5) vitalidad: valora el nivel de fatiga y energía del paciente; 6) funcionamiento social: evalúa las limitaciones en la vida socio-familiar por problemas de salud; 7) rol emocional: hasta qué punto los problemas emocionales interfieren con el funcionamiento ocupacional del paciente; y 8) salud mental: que evalúa el estado de ánimo del paciente (29). Se ha demostrado su confiabilidad y validez en pacientes con esquizofrenia y con depresión (18, 21).

El objetivo primario de este estudio fue comparar la efectividad de olanzapina versus haloperidol en términos de tasas de recaídas durante un periodo de seguimiento de 9 meses, en una muestra de pacientes venezolanos con esquizofrenia que habían alcanzado estabilidad clínica luego de un episodio psicótico agudo.

Métodos

Estudio abierto y aleatorizado realizado en tres hospitales psiquiátricos en Caracas, Venezuela, entre 2002 a 2005. Este estudio fue conducido de acuerdo a la Decla-

ración de Helsinki. Todos los pacientes y un familiar firmaron el documento de consentimiento informado. Los pacientes elegibles fueron mayores de 18 años con diagnóstico de esquizofrenia y trastorno esquizofreniforme (criterios DSM-IV; no se usó entrevista estructurada para confirmar el diagnóstico) (1). Se incluyeron pacientes sólo en estado psicótico agudo. Se excluyeron pacientes mujeres gestantes, amamantando, pacientes con enfermedades físicas significativas y pacientes refractarios al tratamiento antipsicótico.

En visita 1 y si el paciente cumplía con los criterios de enrolamiento, podía ser hospitalizado o atendido en servicio ambulatorio. Debido al estado agudo de enfermedad, los investigadores o subinvestigadores podían prescribir algún medicamento benzodiazepínico o APG intramuscular disponible en sus instituciones, en los primeros días de tratamiento. El periodo de medicación oral comenzó en el momento que el paciente aceptó la vía oral y fueron aleatorizados, con una razón de 1:1, a olanzapina o haloperidol oral en rango de dosis de 5 a 20 mg/día en ambos casos. El periodo de seguimiento de 9 meses comenzó en el día en que el paciente fue dado de alta (si estuvo hospitalizado) o si el paciente fue atendido ambulatoriamente, cuando su puntaje del BPRS disminuyó el 50% respecto del puntaje basal, y se consideró como Visita 2. Las visitas para registro de datos de este estudio clínico se hicieron mensualmente durante los tres primeros meses y luego bimensual hasta completar los 9 meses. Se definió recaída a la reaparición de sintomatología psicótica de tal forma que se necesitara hospitalización o el empeoramiento de un punto en el puntaje de la Escala de Impresión Clínica Global-Severidad de la enfermedad (ICG-S) con respecto a la visita 2 (el paciente tenía que estar clínicamente estabilizado para iniciar el periodo de seguimiento).

Para evaluar la efectividad se usaron el *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) (28) y el *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) (12). Para evaluar el estado de salud física y mental se usó el *Short Form Health Survey* (SF-36) (29), el *Resource Use Tool* para evaluar el uso de recursos de salud, el *Quality of life questionnaire* de Mezzich & Cohen (17). Se registraron los eventos adversos emergentes del tratamiento, eventos adversos serios, cambio en signos vitales, exámenes de laboratorio y electrocardiogramas para evaluar seguridad. La *Simpson Angus Scale* (SAS) (22) y la *Barnes Akathisia Scale* (BAS) (3) fueron usadas para evaluar los síntomas extrapiramidales y la acatisia respectivamente.

Análisis estadístico

Se realizaron las tabulaciones descriptivas de las características clínicas previas al tratamiento, y se efectuaron las comparaciones para evaluar la homogeneidad entre los grupos de estudio. Para el análisis comparativo de resultados en el punto final vs. basal de variables numéricas continuas se empleó el test de Wilcoxon; para las comparaciones entre grupos de tratamiento de variables numéricas continuas se empleó el test de Mann-Whitney. Para las comparaciones de frecuencias

de variables discretas o escalares, se emplearon los tests Chi-cuadrado y de Fisher según fuese el caso. Todos los análisis estadísticos fueron realizados a un nivel de significancia del 5%, empleando tests de dos colas o intervalos de confianza de dos colas. Para conocer el tipo de test a aplicar a las variables continuas, se evaluó la distribución de sus resultados para la posterior aplicación de pruebas paramétricas o no paramétricas, según su naturaleza (tests de Levene y Smirnov-Kolmogorov). Los datos continuos fueron descritos mediante estadísticas descriptivas: número (N), media aritmética, desviación estándar, mediana, valor máximo y mínimo. Los datos categóricos fueron resumidos mediante su número (N) y porcentajes. El tamaño de la muestra fue determinado por conveniencia en 100 pacientes.

Resultados

Se enrolaron sólo 71 pacientes; 31 fueron aleatoriza-

dos a olanzapina y 40 a haloperidol. Las características demográficas y clínicas basales aparecen en la Tabla 1. Los pacientes en el grupo haloperidol estaban más severamente enfermos de acuerdo al PANSS basal que el grupo olanzapina ($p = 0.006$); y más pacientes en el grupo olanzapina habían recibido olanzapina previamente ($0 = 0.017$). No se encontraron otras diferencias estadísticas basales. Los diagnósticos fueron: esquizofrenia paranoide (72%), residual (8.4%), desorganizada (7%), indiferenciada (5.6%) y trastorno esquizofreniforme (5.6%). El índice de masa corporal basal fue 23.95 (4.84) para el grupo olanzapina y 23.79 (4.53) Kg/M².

El 35% de los pacientes en olanzapina y el 32% de pacientes en haloperidol completaron los 9 meses de seguimiento. La principal razón para la discontinuación fue pérdida durante el seguimiento. Las otras razones para la discontinuación fueron pobre respuesta, decisión del paciente e intolerabilidad sin diferencias estadísticas entre grupos (Tabla 2).

Tabla 1 - Características demográficas y clínicas de pacientes aleatorios por grupo de tratamiento en Visita 1

Característica basal	OLZ (N = 31)	HAL (N = 40)	P
Edad promedio: años (SD)	28.90 (7.34)	31.84 (7.97)	0.709
Género masculino: n (%)	22 (71%)	21 (53%)	0.092
Origen hispano: n (%)	26 (84%)	36 (90%)	0.473
BPRS: puntaje (SD)	53.67 (21.18)	67.06% (36.83)	0.455
PANSS: puntaje (SD)	118.90 (26.03)	143.17 (46.18)	0.006
ICG-S: puntaje (SD)	5.67 (0.76)	5.68 (0.77)	0.799
Uso previo de olanzapina n (SD)	8 (25.81%)	2 (5%)	0.017
Uso previo de haloperidol n (SD)	15 (48.39%)	15 (37.5%)	0.357

N = Muestra total; n = número de pacientes; SD = Desviación Stanfard.

Tabla 2 - Disposición de pacientes: porcentajes de discontinuación y causas por grupo de tratamiento

	Olanzapina (N = 31)	Haloperidol (N = 40)	P*
Discontinuaron el estudio	20 (65%)	27 (68%)	0.698
Perdido en el seguimiento	8 (25.8%)	8 (20.00%)	0.807
Falta de eficacia	2 (6.45%)	8 (20.00%)	0.098
Evento adverso	0 (0.00%)	3 (7.5%)	0.173
Muerte	0 (0.00%)	1 (2.5%)	0.563
Violación del protocolo	2 (6.45%)	2 (5.00%)	0.783
Decisión del paciente	1 (3.23%)	5 (12.5%)	0.169
Mudanza del paciente	1 (3.23%)	0 (0.00%)	0.437
No determinada**	6 (19.35%)	0 (0.00%)	0.005

* Se usó la prueba exacta de Fisher. **No se consignaron los datos en el CRF de 6 pacientes

Tabla 3 - Cambio en el puntaje de la escala ICG-S durante los 9 meses de seguimiento

	Olanzapina (N = 24)	Haloperidol (N = 34)*	P**
Mejoraron	21 (87.5%)	28 (82.4%)	0.720
No cambiaron	3 (12.5%)	6 (17.6%)	
Empeoraron *	0 (0%)	1 (3.0%)	

* Pacientes perdidos en el seguimiento

** Chi-square test

Durante los 9 meses de seguimiento, 87.5% de los pacientes en olanzapina y 82.4% de los pacientes en haloperidol mejoraron al menos un punto en ICG-S y un solo paciente en el grupo haloperidol empeoró. No se registraron diferencias estadísticas entre grupos de tratamiento (Tabla 3). El cambio promedio desde el basal en el puntaje total de la escala ICG-S fue -2.71 con olanzapina y -2.19 con haloperidol sin diferencia estadística entre grupos de tratamiento ($p = 0.234$).

El análisis del BPRS y PANSS desde el basal (visita 1) al punto final mostró mejoría significativa en cada uno de los grupos de tratamiento ($p < 0.001$). El análisis comparativo del BPRS entre grupos mostró ligera mayor reducción en el grupo olanzapina sin diferencia estadística entre grupos ($p = 0.09$) y en el PANSS, significativa mayor mejoría con olanzapina que haloperidol ($p = 0.015$).

El análisis de los 8 dominios de la SF-36 mostró significativamente mayor mejoría con olanzapina en salud física, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental. Respecto del dominio salud física, los pacientes en olanzapina mejoraron más los 4 ítems de este dominio como sigue: "recortó la cantidad de tiempo que pasaba en el trabajo y otras actividades" ($p = 0.016$); "cumplió menos" ($p = 0.025$); "limitaciones en el trabajo y en otras actividades" ($p = 0.01$) y "ha tenido dificultades realizando su trabajo" ($p = 0.02$). Los pacientes en el grupo olanzapina mejoraron más que el grupo haloperidol en 3 de los 4 ítems del dominio vitalidad: "tuvo mucha energía" ($p = 0.007$); "se sintió menos exhausto" ($p = 0.014$); "se sintió menos cansado" ($p = 0.017$); y no se alcanzó diferencia en "sentirse lleno de vitalidad" ($p = 0.124$). Los dominios 6 y 10 evalúan el funcionamiento social y en ambos, los pacientes en olanzapina mejoraron más que los pacientes en haloperidol ($p = 0.017$ y $p = 0.001$, respectivamente). El rol emocional es evaluado a través de 3 preguntas acerca de problemas en el trabajo y en otras actividades debido a algún problema emocional. Los pacientes en el grupo olanzapina mejoraron más en "recortó la cantidad de tiempo que pasaba en el trabajo y otras actividades" ($p = 0.005$); "cumplió menos" ($p = 0.005$) y "no trabajó tan cuidadosamente como es usual" ($p = 0.003$). El dominio 9 evalúa la salud mental a través de 5 preguntas y se encontró diferencia estadística en favor de olanzapina en 4 de ellas: "menos nervioso" (p

$= 0.041$); "menos bajo de moral" ($p = 0.037$); "menos desanimado y triste" ($p = 0.043$) y "se sintió feliz" ($p = 0.043$). No se encontró diferencia estadística entre grupos en los dominios de funcionamiento físico, dolor ni salud general.

El análisis del puntaje total del índice de calidad de vida de Mezzich & Cohen fue discretamente superior con olanzapina pero sin diferencia estadística ($p = 0.056$); sin embargo, sí se alcanzó diferencia estadística versus haloperidol en los dominios auto-cuidado y funcionamiento independiente ($p = 0.033$); funcionamiento ocupacional ($p = 0.036$); plenitud personal ($p = 0.034$) y calidad de vida global ($p = 0.018$).

Un paciente en el grupo haloperidol discontinuó como resultado de un evento adverso serio. El paciente cometió suicidio por ahorcamiento durante su hospitalización y antes de iniciar el periodo de seguimiento. Este paciente había estado recibiendo haloperidol 30 mg/d y diazepam 20 mg/d. Una paciente en el grupo haloperidol discontinuó debido a gestación. No se registraron discontinuaciones debido a eventos adversos serios en el grupo de tratamiento con olanzapina.

El 61.29% ($n = 19$) del grupo olanzapina y el 92.5% ($n = 37$) del grupo haloperidol, presentaron al menos un evento adverso ($p = 0.036$) (Tabla 4). Los pacientes en olanzapina mejoraron más que los pacientes en haloperidol en las escalas SAS ($p < 0.001$) y en acatisia BAS ($p = 0.019$). La ganancia de peso promedio con olanzapina fue 6.64 Kg y con haloperidol 4 Kg desde el basal al punto final ($p = 0.985$). No se encontró diferencia estadística en el análisis del cambio promedio desde el basal al punto final en el IMC; el cambio en olanzapina fue 0.96 y en haloperidol, 0.75 ($p = 0.826$). No se encontró diferencia clínica o estadística ni en controles vitales ni en ECG. Con respecto a los análisis de laboratorio, no se encontró diferencias clínicamente significativas en hematología, examen de orina y química clínica (electrolitos, perfil hepático, dosaje plasmático de creatinina), en los controles vitales ni en los ECG. En relación a cambios de glucosa, en el grupo olanzapina, la glucemia basal fue 88.01 ± 18.15 mg/dl y en el punto final fue 94.14 ± 9.15 mg/dl ($p = 0.352$); mientras que en el grupo haloperidol el basal fue 91.56 ± 14.73 mg/dl y el final 90.25 ± 10.19 mg/dl ($p = 0.894$) y no se observó diferencia estadística entre grupos ($p = 0.446$).

Tabla 4 - Porcentaje de eventos adversos emergentes del tratamiento durante los 9 meses de seguimiento (incidencia > 1%)

Episodios de eventos adversos	Olanzapina	Haloperidol	p*
Insomnio	15.47%	33.15%	0.966
Síntomas extrapiramidales	1.66%	7.18%	0.288
Acatisia	1.10%	6.63%	0.188
Impregnación neuroléptica	0%	4.42%	0.063
Distonía/disartria/ parkinsonismo	0%	1.10%	0.128
Ansiedad	1.10%	1.66%	0.863
Síndrome depresivo	1.66%	0.55%	0.192
Erupción cutánea	1.10%	0%	0.078
Hipertensión arterial	1.10%	1.10%	0.932
Bradicardia sinusal	0%	1.10%	0.515
Infección urinaria	0%	1.10%	0.515
Anemia	0%	1.10%	0.515

* Test de Mann Whitney

Discusión

Aunque aproximadamente dos tercios de los pacientes descontinuaron el estudio en el periodo de seguimiento de 9 meses, cerca del 85% de los pacientes en ambos grupos de tratamiento mejoraron y sólo un paciente en el grupo haloperidol empeoró el puntaje de la escala ICG-S; por ende, ambos medicamentos fueron similares en prevenir las recaídas ($p = 0.720$). Estos resultados son diferentes a los reportados en otros estudios clínicos (25) pero para interpretarlos debemos tomar en cuenta la alta tasa de descontinuación. La principal razón para descontinuar fue pérdida en el seguimiento y muchas de estas pérdidas se relacionaron a particularidades sociales y económicas que Venezuela enfrentó durante la realización del estudio. Otras causas de descontinuación fueron pobre respuesta (10 pacientes), decisión del paciente (6 pacientes), violación del protocolo (4 pacientes) e intolerabilidad (3 pacientes). Mayor porcentaje de pacientes en el grupo haloperidol descontinuó debido a pobre respuesta sin diferencia estadística versus olanzapina. Considerando la muestra total, 14% de los pacientes abandonó por pobre respuesta y 4% debido a intolerabilidad. Pobre respuesta como la más importante razón para la descontinuación y menores tasas de descontinuación debido a pobre respuesta con olanzapina versus otros medicamentos antipsicóticos, han sido reportados en otros estudios clínicos (11, 13, 15). En la primera fase del estudio *Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE)*, 74% de los pacientes descontinuaron su tratamiento asignado antes de los 18 meses debido a decisión del paciente (30%), falta de eficacia (24%) e intolerabilidad (12%). La tasa de descontinuación debido a falta de eficacia fue 15% para Olanzapina y 25% para perfenazina, usada como

representante de los APG ($p < 0.001$). Las menores tasas de descontinuación debido a cualquier causa y debido a falta de eficacia fueron para olanzapina (15). Finalmente, el estudio *European First Episode Schizophrenia Trial (EUFEST)* comparó la efectividad de APG versus ASG usando como medición primaria de eficacia, las tasas de descontinuación por cualquier causa. En los 12 meses de observación, los pacientes que fueron aleatorizados a olanzapina mostraron la menor tasa de descontinuación por cualquier causa, mientras que haloperidol registró la mayor tasa de descontinuación (33% vs. 72% respectivamente, $p < 0.0001$). Las menores tasas de descontinuación debido a insuficiente eficacia fueron 14% para olanzapina y 48% para haloperidol ($p < 0.0001$) (15).

La olanzapina fue superior al haloperidol en las mediciones secundarias de eficacia como el PANSS ($p = 0.015$). Resultados similares han sido descritos en otros estudios clínicos (4, 24, 25). El análisis comparativo del BPRS mostró mayor mejoría con olanzapina pero sin diferencia estadística ($p = 0.092$).

Los estudios de evaluación del estado de salud y funcionamiento de los pacientes, usando el SF-36, ha mostrado resultados diversos. En dos estudios clínicos se reportó superioridad del grupo olanzapina versus haloperidol (8, 19). En un estudio no se encontró diferencia estadística en el grupo olanzapina versus el grupo haloperidol más benzotropina (20); y finalmente, no se encontró diferencia entre olanzapina y haloperidol en un grupo de pacientes con primer episodio de esquizofrenia y que fueron seguidos durante 12 meses (23). En esta muestra de pacientes venezolanos con esquizofrenia, el análisis del SF-36 mostró superioridad estadísticamente significativa de olanzapina versus haloperidol en 5 de las

8 dimensiones que componen el SF-36, hallazgos muy similares a lo reportado por Revicki y de Lima (8, 19) y pueden estar relacionados a mejoría en el funcionamiento y en la calidad de vida de los pacientes.

La tasa de eventos adversos fue mayor en el grupo haloperidol versus olanzapina ($p = 0.036$). Se reportó más insomnio, síntomas extrapiramidales y acatisia en el grupo haloperidol. La ganancia de peso promedio con olanzapina fue 6.64 Kg y con haloperidol 4 Kg desde el basal al punto final ($p = 0.985$) y no fue reportado como una razón para la discontinuación. Estos hallazgos son semejantes a lo reportado en la literatura (4, 10, 24, 25). No se registraron diferencias ni clínica, ni estadísticamente significativas en los exámenes de laboratorio, ECG, ni signos vitales.

Las limitaciones de este estudio son el diseño abierto y la determinación por conveniencia (sin consideraciones estadísticas) del tamaño de la muestra. Las limitaciones en la conducción del estudio fueron que no se completó la muestra programada y la alta tasa de discontinuación. Algunos factores externos (situación social y económica en el país de estudio) pueden explicar en parte, las limitaciones. Sin embargo, pensamos que este estudio es una

contribución ya que existen poco estudios publicados en países latinoamericanos.

Conclusiones

Tanto el haloperidol como la olanzapina fueron similares en la prevención de recaídas durante el periodo de seguimiento de 9 meses. El estado de salud y la funcionalidad mejoraron más en los pacientes tratados con olanzapina que con haloperidol. Más eventos adversos se registraron con haloperidol que con olanzapina. Los síntomas extrapiramidales e el insomnio fueron más frecuentes con haloperidol y la ganancia de peso más frecuente con olanzapina sin diferencia estadística vs. haloperidol. Las limitaciones en el diseño y en la conducción del estudio, acotan su generalización.

Declaración de conflicto de intereses

Estudio auspiciado por Laboratorios Eli Lilly & Co. Los Drs. Miriam Sánchez, Jesús Córdoba e Ingrid Castillo han recibido honorarios de Eli Lilly por su participación como investigadores principales en este estudio clínico ■

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed, Text Revision. Washington DC, 2000.
2. Andreasen NC. Affective flattening and the criteria for schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1979; 136: 944-947.
3. Barnes TRE. A rating scale for drug-induced akathisia. *Br J Psychiatry* 1989; 154: 672-676.
4. Beasley CM, Tollefson G, Tran P, Satterlee W, Sanger T, Hamilton S, et al. (1996). Olanzapine versus placebo and haloperidol: acute phase results on the North American Double-Blind Olanzapine Trial. *Neuropharmacology* 1996; 14, 111-123.
5. Binder J, Albus M, Hubmann W, et al. Neuropsychological impairment and psychopathology in first-episode schizophrenic patients related to the early course of illness. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1997; 248: 70-77.
6. Blanchard JB, Nueser KT, Bellack AS. Anhedonia, positive and negative affect, and social functioning in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1998; 24: 413-424.
7. Cancro R & Meyerson A. Prevention of disability and stigma related to schizophrenia: A review. In *Schizophrenia/Second edition*. Edited by Mario Maj & Norman Sartorius. WPA.
8. de Lima M, Mari J, Breier A, Costa A, Pondé de Sena E, Hotoptf M. Quality of life in schizophrenia: A multicenter, randomized, naturalistic, controlled trial comparing olanzapine to first-generation antipsychotics. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 831-838.
9. Fleischhacker WW. Pharmacological treatment of schizophrenia: A review. In *Schizophrenia*. Editado por Mario Maj & Norman Sartorius; second edition. John Wiley & Sons. England, 2002.
10. Gregor KJ, Hamilton SH, Edgell ET. Functional outcomes in schizophrenia. A European comparison of olanzapine and haloperidol. *Eur Neuropsychopharmacol* 1999; 9 (Suppl 5): 289.
11. Kahn RS, Fleischhacker WW, Boter H, Davidson M, Vergouwe Y, Keet IPM, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomised clinical trial. *Lancet* 2008; 371: 1085-1097.
12. Kay S, Lewis A, Fiszbein A. Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) User's Manual. North Tonawanda (NY), Multi-Health Systems Inc., 2000.
13. Kinon B, Hong Liu-Seifert, Adams D, Citrome L. Differential Rates of Treatment Discontinuation in Clinical Trials as a Measure of Treatment Effectiveness for Olanzapine and Comparator Atypical Antipsychotics for Schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol* 2006; 26: 632-637.
14. Lieberman J, Perkins D, Belger A, et al. The early stages of Schizophrenia: Speculations on pathogenesis, pathophysiology, and therapeutic approaches. *Biological Psychiatry* 2001; 50: 884-897.
15. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs

- in Patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 2005; 353 (12): 1209-1223.
16. McGlashan TH. Early detection and intervention in schizophrenia: Research. *Schizophr Bull* 1996; 22: 327-345.
 17. Mezzich JE, et al. The Spanish Version of the Quality of Life Index: Presentation and validation. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188 (5): 301-305.
 18. Pukrop R, Schlaak V, Moller-Leimkuhler AM, Albus M, Czerwik A, et al. Reliability and validity of quality of life assessed by the Short-Form 36 and the modular system quality of life in patients with schizophrenia and patients with depression. *Psychiatr Res* 2003; 119: 63-69.
 19. Rivicki D, Genduso L, Hamilton S, Ganoczy D, Beasley Ch. Olanzapine versus haloperidol in the treatment of schizophrenia and other psychotic disorders: Quality of life and clinical outcomes of a randomized clinical trial. *Quality of Life Research* 1999; 8: 417-426.
 20. Rosenheck R, Perlick D, Bingham S, Collins J, Warren S, Leslie D, et al. Effectiveness and cost of olanzapine and haloperidol in the treatment of schizophrenia: A randomized controlled trial. *JAMA* 2003; 26 (209): 2693-2702.
 21. Russo J, Trujillo CA, Wingerson D, Decker K, Ries R, Wetzler H, et al. The MOS 36-item Short Form Health Survey. Reliability, validity, and preliminary findings in schizophrenic outpatients. *Brief Report. Med Care* 1998; 36: 752-6.
 22. Simpson GM, Angus JWS. A rating scale for extrapyramidal side effects. *Acta Psychiatr Scand* 1970; (Suppl 212): 11-19.
 23. Strakowski S, Jonson J, DelBello M, Hamer R, Green A, Tohen M, et al. Quality of life during the treatment with haloperidol or olanzapine in the year following a first psychotic episode. *Schizophr Res* 2005; 78: 161-169.
 24. Tollefson GD, Beasley CM, Tran P, Street JS, Krueger MB, Tamura RN, Graffeo K & Thieme B. Olanzapine versus haloperidol in the treatment of schizophrenia and schizoaffective and schizophreniform disorders: results of an international collaborative trial. *Am J Psychiatry* 1997; 154 (4): 457-465.
 25. Tran P, Dellva M, Tollefson G, Wentley A, Beasley C. Oral olanzapine versus oral haloperidol in the maintenance treatment of schizophrenia and related psychoses. *Br J Psychiatry* 1998; 172 (6): 499-505.
 26. Tunis S, Johnstone B, Ginson J, Loosbrock D, Dulisse B. Changes in perceived health functioning as a dose-effectiveness measure for olanzapine versus haloperidol treatment of schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Suppl 19): 38-45.
 27. Tunis SI, Croghan T, Heilman D; Johnstone B, Obenchain R. Reliability, Validity, and Application of the Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) in Schizophrenic Patients Treated With Olanzapine versus Haloperidol. *Med Care* 1999; 37 (7): 678-691.
 28. Ventura MA, Green MF, Shaner A & Liberman RP. Training and quality assurance with the brief psychiatric rating scale: "The drift buster". *Int J Methods Psychiatr Res* 1993; 3: 221-244.
 29. Ware J, Snow K, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. Boston (MA), The Health Institute, New England Medical Center, 1993.



Centro
Psitopatológico
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

Prevalencia de tratamiento psicoterapéutico en los habitantes de la ciudad de Buenos Aires

Candelaria Escalante

Estudiante de la Carrera de Psicología
E-mail: candelariaescalante@yahoo.com.ar

Eduardo Leiderman

Médico especialista en Psiquiatría, Profesor Adjunto a cargo de Psiquiatría Biológica
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad de Palermo
Departamento de Investigaciones. Facultades de Ciencias Sociales, Universidad de Palermo
E-mail: edule@fibertel.com.ar

Introducción

El estudio sobre la prevalencia de psicoterapia en la población general puede dar una noción acerca de quiénes son los ciudadanos que acceden al tratamiento psicoterapéutico, el tipo de psicoterapia efectuada y también permite conocer particularidades de las mismas. A pesar de la importancia de esta información, existen pocos estudios epidemiológicos dedicados a este tema. Una investigación realizada en Estados Unidos observó que aproximadamente el 3% de la población recibe

anualmente tratamiento psicoterapéutico de psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales (9). Este tratamiento es utilizado por una pequeña proporción de la población, principalmente por mujeres de raza blanca con un buen nivel educativo, separadas y/o divorciadas de entre 35 a 49 años de edad.

En nuestro país existe una escasez de estudios respecto del problema planteado anteriormente. Recientemente, una encuesta en casi 1000 sujetos mayores de 18 años

Resumen

Introducción: existen escasos datos acerca de la prevalencia de psicoterapia realizada por la población general en la ciudad de Buenos Aires. El objetivo de nuestro estudio fue determinar dicha prevalencia, las características demográficas de la población que la realiza, así como también conocer el tipo y las particularidades de las psicoterapias empleadas. *Método:* se realizaron encuestas a 1510 transeúntes en distintos barrios de la ciudad de Buenos Aires. *Resultados:* el 15,6% de la población encuestada concurre a un tratamiento psicoterapéutico en el último mes, el 21% en el último año y el 41,6% asistió hace más de un año. El tratamiento psicoterapéutico es más prevalente en mujeres y en personas de mayor nivel educativo y socioeconómico, y menos frecuente en ancianos. No existen diferencias según estado civil. El 44% de los que están actualmente en tratamiento no conocen el tipo de psicoterapia que reciben, el 41,3% hace terapia psicoanalítica y el 8% psicoterapia cognitivo-conductual. En el 82% de los casos el profesional que efectúa el tratamiento es psicólogo y en el 11% es médico. *Conclusiones:* el uso de la psicoterapia está muy extendido en la ciudad de Buenos Aires.

Palabras clave: Psicoterapia - Prevalencia - Población general - Buenos Aires - Epidemiología.

PREVALENCE OF PSYCHOTHERAPEUTIC TREATMENTS IN CITIZENS OF BUENOS AIRES CITY

Abstract

Introduction: Little data exist about the prevalence of psychotherapy used by the general population of the city of Buenos Aires. The aim of our study was to determine this prevalence, the demographic characteristics of the population that receives psychotherapy, as well as types and characteristics of these psychotherapies. *Method:* A survey was conducted among 1510 inhabitants in different neighbourhoods of the city of Buenos Aires. *Results:* During the month previous to the survey, 15.6% of the population received psychotherapy treatment, 21% during the last year and 41.6% had received before. Psychotherapy treatment is more prevalent among women and people with higher educational and social-economic level, and it is less frequent in the elderly group. No differences in the use of psychotherapy exist according to marital status. Forty four percent of the patients under treatment at the moment of the survey were unaware of the type of psychotherapy received, 41.3% knew that they were receiving psychoanalytic therapy and 8% cognitive-behavioral psychotherapy. Eighty-two percent of the treatments were conducted by psychologists and 11% by physicians. *Conclusions:* The use of the psychotherapy is very extended among the general population of the city of Buenos Aires.

Key words: Psychotherapy - Prevalence - General population - Buenos Aires - Epidemiology.



halló que en la ciudad de Buenos Aires el 30,8% de los mayores de 18 años realiza o realizó terapia psicoanalítica, siendo significativamente mayor esta prevalencia en mujeres, en el nivel socioeconómico (NSE) elevado y en la 4a década de la vida (6). Mientras que entre los hombres porteños el 23,3% dijo haber hecho o estar haciendo terapia psicoanalítica, este porcentaje aumenta casi un 50% entre las mujeres, ya que el 36,6% de ellas lo realiza o lo ha realizado. En cuanto al NSE, el 39,5% del segmento más alto indicó haber realizado psicoterapia psicoanalítica alguna vez; lo mismo sostuvieron el 34,8% de los miembros de clase media y el 24,3% de los de clase baja. El grupo con mayor frecuencia de consulta estaba formado por quienes tenían entre 30 y 39 años de edad; y quienes menos lo hacían eran los mayores de 60 años. No obstante estos datos, esta investigación presenta la limitación que el término psicoterapia está restringido a un tipo particular de psicoterapia.

Sin circunscribir el término psicoterapia a algún enfoque psicoterapéutico, a lo largo de este trabajo se considerará la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud (11). Esta institución sostiene que la psicoterapia consiste en intervenciones planificadas y estructuradas con las que se pretende influir en el comportamiento, el estado de ánimo y las pautas emocionales de reacción a diferentes estímulos a través de medios psicológicos verbales y no verbales. Desde esta perspectiva, la psicoterapia no comprende el uso de medios bioquímicos ni biológicos.

De este modo, toda intervención que tenga una base físico-química responde a un modelo médico de la salud mental y quedaría por fuera del campo psicológico. Todo acto psicoterapéutico parte de un modelo teórico del cual se derivan técnicas y estrategias que se aplican a personas en un contexto determinado. Lo mencionado es aquello que distingue a la psicoterapia psicológica de cualquier otro tipo supuesto de tratamiento (4).

El objetivo de nuestro estudio fue determinar el porcentaje y las características demográficas de la población

mayor de 18 años residente en la ciudad de Buenos Aires que realiza y/o ha realizado algún tipo de tratamiento psicoterapéutico, y además establecer particularidades de los mismos.

Metodología

Se encuestaron en la vía pública a 1510 residentes de la ciudad de Buenos Aires en 22 barrios. La encuesta fue realizada *ad hoc* por los autores y fue tomada por alumnos de la Universidad de Palermo durante los meses de abril y mayo del 2007.

La muestra estuvo estratificada por barrios, formada por 1510 sujetos residentes de la ciudad de Buenos Aires mayores de 18 años, con participación voluntaria a las encuestas. Los barrios en los que se encuestaron a las personas fueron: Agronomía, Villa Urquiza, Villa Crespo, Almagro, Mataderos, Recoleta, Paternal, Colegiales, Belgrano, Retiro, Balvanera, Constitución, Barracas, Pompeya, Puerto Madero, Boca, Caballito, Flores, Nuñez, Liniers, Devoto y Palermo (se tuvieron en cuenta las divisiones tradicionales y populares de los barrios y no su división político-administrativa). Los encuestados fueron abordados principalmente en plazas, en la espera del transporte público o deambulando por la calle.

Luego de que la persona aceptaba realizar una encuesta y confirmaba ser mayor de 18 años de edad y residente de la ciudad de Buenos Aires, se procedía a hacerle las preguntas. La encuesta constó de 22 ítems en donde se recolectaron: a) datos demográficos (edad, sexo, nivel de escolaridad alcanzada, clase social percibida¹, cobertura médica² y estado civil); b) información acerca de la realización de psicoterapia en la actualidad o en el pasado (frecuencia en el último mes, en el último año y hace más de un año, concurrencia actual o en el pasado de un familiar directo o conviviente) y c) creencias con respecto a ella.

Para que los encuestados pudiesen estar seguros sobre la realización actual y/o pasada de psicoterapia, se

¹ El nivel socioeconómico fue determinado por la clase socioeconómica percibida por los propios evaluados.

² Cobertura médica principal utilizada por el individuo.

les aclaraba que se trataba de tratamientos psicológicos “para los problemas de la mente o de conducta”, “para calmar los nervios” y “para el padecimiento psíquico o emocional”.

A los individuos que actualmente o en el último mes habían realizado psicoterapia se los interrogó también sobre: d) las características del tratamiento (tipo de psicoterapia, modalidad, frecuencia, duración, profesional a cargo, sistema de cobertura a través del cual recibe el tratamiento, y costo económico de la entrevista para la persona) y e) los motivos de inicio del mismo.

Las diferencias de grupos fueron analizadas con la prueba del Chi Cuadrado, la prueba t de Student y la prueba ANOVA según correspondía. La base de datos fue confeccionada con el programa Excel (versión 2003). Los análisis estadísticos se hicieron a través del programa SPSS para Windows (versión 10.0).

Resultados

Los datos demográficos de la población encuestada y de los que actualmente hacen psicoterapia se encuentran en las Tablas 1 y 2.

Tabla 1. Datos demográficos de la población encuestada (n = 1510)

Edad (en años)	42,7 ± 16,8
Sexo	53,6% Mujeres 47,4% Hombres
Estado Civil	41,7% Casado 35,9% Soltero 7,2% Viudo 15,3% Separado
Escolaridad	1,2% Primario Incompleto 21,8% Secundario Incompleto 50,3% Univ./ Terc. Incompleto 26,7% Univ./Terc. Completo
Clase socio-económica	4% Clase Baja 22,7% Clase Medio-Baja 62,1% Clase Medio-Media 10,5% Clase Medio-Alta 0,6% Clase Alta

Asistencia a tratamiento psicoterapéutico: el 15,6% (n = 235) de la población encuestada concurrió a un tratamiento psicoterapéutico en el último mes, 21% en el último año y el 41,6% asistió hace más de un año. El 57,5% de la población total encuestada tiene algún familiar directo o conviviente que asistió alguna vez a un tratamiento psicoterapéutico.

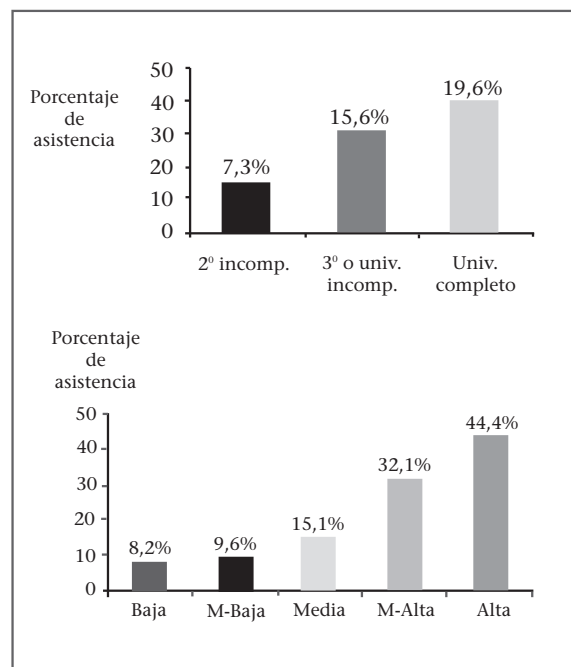
Hay diferencia de asistencia al tratamiento psicoterapéutico según sexo (mujeres 18,7% vs hombres 12%; $X^2(1) = 13,07$ $p < 0,001$). A su vez, existe una diferencia

Tabla 2. Datos demográficos de la población que realiza psicoterapia (n = 142)

Edad (en años)	40,9 + 14,9
Sexo	63,4% Mujeres 36,6% Hombres
Estado Civil	39,6% Casado 34,9% Soltero 6,8% Viudo 18,7% Separado
Escolaridad	0% Primario Incompleto 10,6% Secundario Incompleto 54,9% Univ./Terc. Incompleto 34,5% Univ./ Terc. Completo
Clase socio-económica	2,1% Clase Baja 14% Clase Medio-Baja 60,4% Clase Medio-Media 21,7% Clase Medio-Alta 1,7% Clase Alta

significativa según nivel de escolaridad alcanzado ($X^2(3) = 26,6$ $p < 0,001$), y según nivel socioeconómico ($X^2(4) = 50,5$ $p < 0,001$) (ver Figura 1).

Figura 1. Diferencias de asistencia a tratamiento psicoterapéutico según escolaridad y nivel socioeconómico ($p < 0,001$).



No se hallaron diferencias significativas en la asistencia a tratamiento psicoterapéutico entre los transeúntes encuestados en los barrios de la mitad norte de la ciudad en comparación con los encuestados en los barrios de la mitad sur, a pesar de existir diferencias significativas

en escolaridad y clase socioeconómica. Un menor porcentaje de personas mayores de 65 años (8,2%) estaban asistiendo a tratamiento psicoterapéutico en comparación con individuos de otras edades (16,5%) ($X^2(2) = 7,9$ $p = 0,018$).

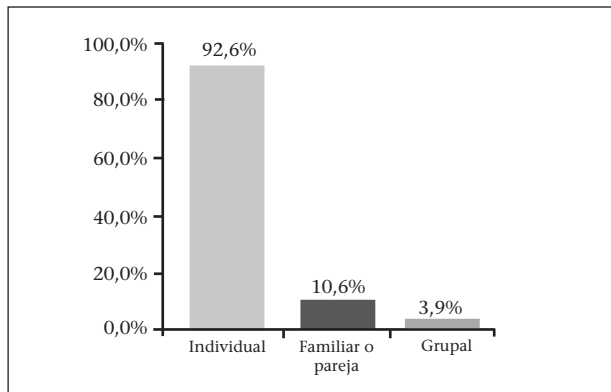
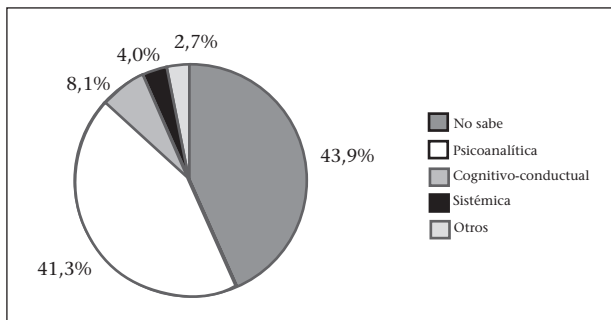
No se encontraron diferencias significativas de concurrencia a psicoterapia según estado civil.

Creencias: el 82% cree que la psicoterapia puede ayudar a las personas. El 60% de los individuos que nunca hicieron psicoterapia en su vida supone que en caso de necesitarlo, acudiría a un tratamiento psicoterapéutico.

Características de los tratamientos psicoterapéuticos que se estaban realizando en el último mes:

Tipo y modalidad de psicoterapia: los resultados se encuentran graficados en la Figura 2.

Figura 2. Tipos y modalidades de los tratamientos psicoterapéuticos realizados en el último mes (n = 235)



Frecuencia de tratamiento: la frecuencia de los tratamientos se encuentra en la Tabla 3.

Tabla 3. Frecuencia de los tratamientos psicoterapéuticos realizados en últimos mes (n = 235)

3 o más veces por semana	0,4%
2 veces por semana	13,8%
1 vez por semana	64%
1 vez cada 2 semanas	15,6%
1 vez por mes	6,2%

Conducción del tratamiento: los resultados se encuentran consignados en la Tabla 4.

Tabla 4. Conducción del tratamiento

Psicólogos	82%
Médicos	11%
Desconoce quién lo conoce	7%

Sistema de cobertura médica: ver Tabla 5.

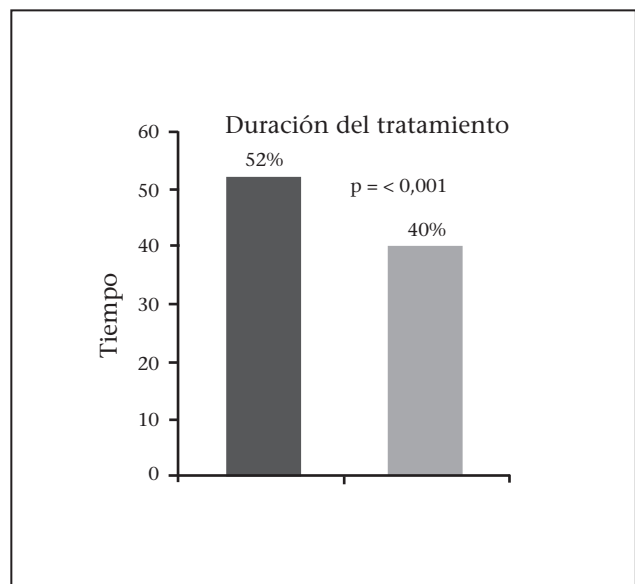
Tabla 5. Sistema de cobertura médica

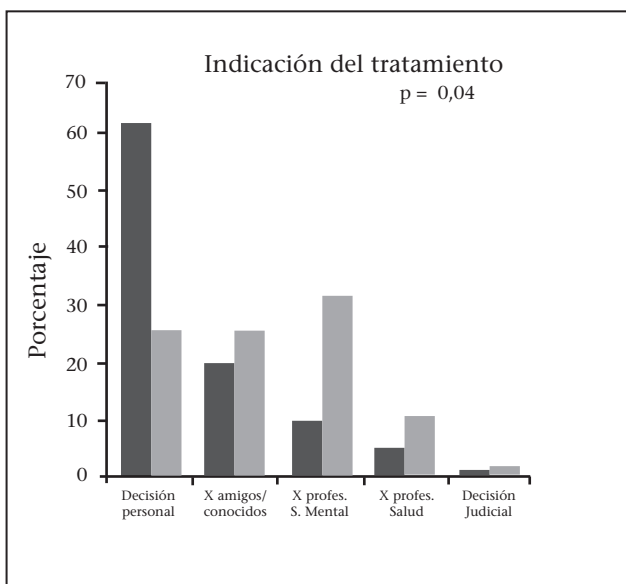
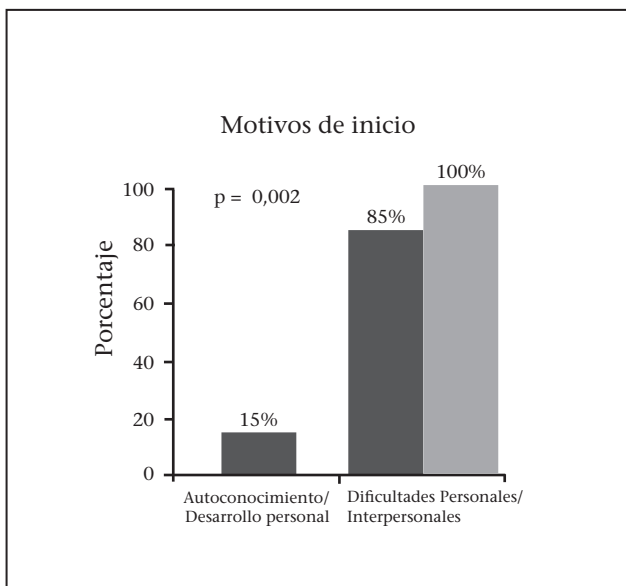
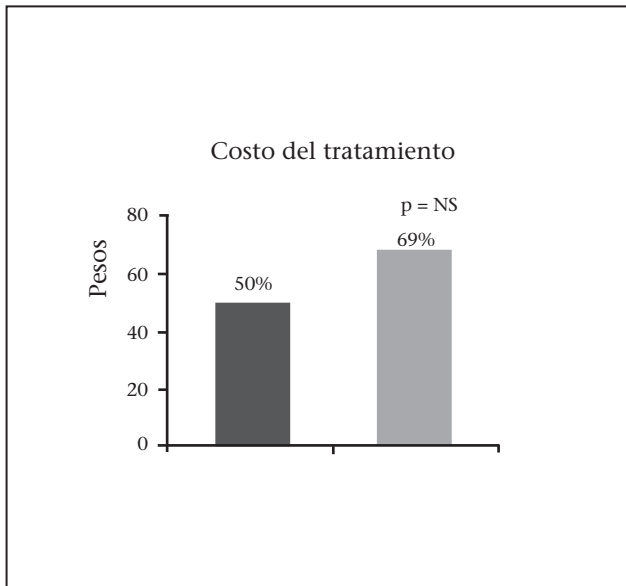
Privada	57,3%
Obra Social	17,3%
Sistema prepago	16%
Hospitales o centros estatales	9,3%

Duración y costo de las entrevistas psicoterapéuticas: El promedio de duración de cada entrevista psicoterapéutica es de $50,24 \pm 13,55$ minutos (rango: 10-120 minutos). El costo promedio de la entrevista es de $\$51 \pm 40$ (rango: 0-200\$) (a valores actuales: $16,2 \pm 12,7$ U\$ (rango 0 a 63,5 U\$)).

La duración de la entrevista psicoterapéutica conducida por profesionales médicos fue significativamente menor en comparación con las entrevistas conducidas por profesionales psicólogos ($t[208] = 4,1$ $p < 0,001$), mientras que no existieron diferencias significativas en relación al costo (ver Figura 3).

Figura 3. Diferencias de los tratamientos psicoterapéuticos conducidos por médicos o psicólogos (■ médicos ■ psicólogos)





No se encontraron diferencias significativas en la frecuencia, duración y costo de la entrevista de los tratamientos psicoanalíticos en comparación con los tratamientos cognitivo-conductuales.

Las entrevistas psicoterapéuticas privadas son significativamente más prolongadas ($F(3) = 7,7$ $p < 0,001$) y costosas ($F(3) = 28,4$ $p < 0,001$) que las que se realizan en hospitales, obras sociales o por sistemas prepagos.

Motivos de inicio: el 87% comenzó el tratamiento por dificultades personales o interpersonales, y sólo el 13% lo inició para conocerse mejor o para un mejor desarrollo personal.

El 55% de los individuos inició el tratamiento por decisión personal, el 23% lo hizo a partir del consejo de un amigo, conocido o familiar, el 13% por sugerencia de un profesional de la salud mental, el 6% por recomendación de un profesional de la salud, y el 3% por decisión judicial.

Se hallaron diferencias significativas en los motivos del inicio de tratamiento ($X^2(1) = 4,2$ $p = 0,04$) y en la indicación del mismo ($X^2(4) = 16,4$ $p = 0,002$) entre los asistentes a tratamientos conducidos por médicos en comparación con aquellos que son conducidos por psicólogos (Figura 3).

Discusión

Nuestro estudio halló que el uso de la psicoterapia es del 15,6% en la población de la ciudad de Buenos Aires, siendo mayor que en otras latitudes (10). Sin embargo, la escasez de estudios epidemiológicos hacen imposible hacer otras comparaciones. Una adecuada evaluación de la tasa de asistencia a psicoterapia por parte de la población general y las especificidades de la misma, exige tener en consideración la prevalencia de los trastornos mentales en esa población y las características de los profesionales que llevan adelante dichos tratamientos. Dada las características de nuestro estudio no pudimos identificar si las personas asistentes a los tratamientos mencionados padecían de trastornos o sufrimientos psíquicos que lo ameritaba, ni tampoco cuántos ni quiénes son los profesionales de la salud mental que se dedican a la práctica clínica en la ciudad de Buenos Aires.

En nuestro país los profesionales habilitados para hacer psicoterapia son los psicólogos y los psiquiatras. En este sentido, resulta pertinente aclarar que la atención de la salud mental en la Argentina se encuentra en más de un 85% a cargo de psicólogos y el 85% de ellos son mujeres (2). A nivel nacional hay unos 649 habitantes por psicólogo, y en la ciudad de Buenos Aires es en donde se concentra la mayor cantidad de psicólogos, aproximadamente 121 habitantes por psicólogo (3). Asimismo, tal vez Buenos Aires continúe siendo la ciudad con más psicoanalistas en el mundo (12).

El último relevamiento poblacional a nivel nacional, que fue realizado entre los años 1979 y 1983, indicaba que un 26% de la población general de la ciudad de Buenos Aires presentaba síntomas moderados o graves que requerían asistencia psicológica y/o psiquiátrica (5). Recientemente un estudio chileno (13) halló que el

31,5% de la población general de ese país padeció un trastorno psiquiátrico en el pasado y que el 22% tuvo uno en los últimos doce meses. Teniendo en cuenta estos datos, resulta difícil concluir que la asistencia a tratamiento psicoterapéutico por parte de la población general de la ciudad de Buenos Aires sea excesiva.

La mayor asistencia por parte del sexo femenino está en consonancia con lo hallado en la investigación argentina (6) y con el estudio americano antes señalado (10). Los investigadores de nuestro país encontraron que el 30,8% de las mujeres de la Capital Federal tenían síntomas moderados o graves, mientras que este porcentaje disminuía a 20,3% en el caso de los varones (5).

La pregunta que nos surge entonces es: ¿cuáles pueden ser las posibles causas de esta diferencia? Para ello se deben tener en cuenta un conjunto de factores de nuestra realidad histórico sociocultural: a) una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad y afectivos en la mujer. El estudio chileno antes comentado encontró que los trastornos afectivos eran dos veces más frecuentes en mujeres, mientras que los trastornos de ansiedad eran tres veces más comunes (13) y b) las mujeres son dos veces más propensas a buscar consejo (7) y suelen requerir ayuda profesional frente a síntomas de índole psicológico y a problemas personales (1).

Es interesante que la población mayor de 65 años sea la que menos concurre a tratamiento psicoterapéutico (8,2%) siendo ésta la que más consume psicofármacos (31,1%) (8). Es posible que esto sea debido a que los médicos subestiman la eficacia de la psicoterapia en los ancianos o a que éstos últimos se inclinan más a tomar medicación debido a las dificultades de movilización que suelen tener para realizar un tratamiento psicoterapéutico que demanda en general una frecuencia mayor de asistencia al centro hospitalario o consultorio y, por ende de movilización.

Dado que la expectativa de vida tiende a extenderse cada vez más aumentando el porcentaje de la población añosa y por ende la necesidad de tratamiento de la misma, sería importante estimular el uso de los tratamientos psicológicos en esta población, ya que éstos son capaces de promover cambios en las emociones y en las conductas sin los efectos adversos de los medicamentos para los cuales los ancianos son particularmente más vulnerables. Para ello, es especialmente determinante la formación de los médicos clínicos que son los que tienen el mayor contacto con estos pacientes y las posibilidades de derivarlos adecuadamente. A su vez, sería necesario contar con servicios públicos y privados de atención psicológica domiciliaria acorde con las dificultades físicas de esta población.

El mayor porcentaje de asistentes del nivel educativo más elevado es semejante al hallado en otro estudio (14). Los individuos más educados tendrían un mayor conocimiento de los medios para disminuir el sufrimiento psíquico y a su vez una mayor disponibilidad de tiempo y económica para realizar el tratamiento. Esto último se corresponde con el mayor

porcentaje de asistencia de las clases socioeconómicas más elevadas.

Es interesante reflexionar acerca de quiénes son los individuos que acceden a tratamientos psicoterapéuticos y quiénes reciben medicación psiquiátrica. Un estudio europeo (1) revela que la población que más consume psicofármacos tiene un bajo nivel educativo. Es por ello que sugerimos que se realicen campañas públicas destinadas a informar sobre los tipos de tratamientos disponibles frente a síntomas psicológicos o de malestar.

El acceso desigual por parte de la población a los servicios de salud mental afecta no sólo a los países sudamericanos sino también a los desarrollados. Aun en los países que poseen una cobertura universal, tal como es el caso en Canadá, las personas de niveles socioeconómicos elevados reciben mayor cantidad de atención psiquiátrica en comparación con las del nivel bajo (7).

La mayor asistencia psicoterapéutica en forma privada podría ser debida a la baja disponibilidad psicoterapéutica en obras sociales, prepagos o sistema público de salud. Por otro lado, en muchas ocasiones estos servicios requieren de una cantidad de pasos administrativos previos al encuentro con el psicoterapeuta que desalientan la consulta. Una explicación alternativa sería que los individuos prefieren realizar estos tratamientos en forma privada por una mayor confianza en el manejo de datos íntimos, desconocimiento de la oferta existente en su sistema de salud o por prejuicios de ser discriminados en ella. Sería importante determinar si el menor tiempo de la consulta psicoterapéutica en el medio hospitalario u obra social o prepago obedece a la técnica psicoterapéutica empleada, a la necesidad de disponer del recurso para una gran demanda de pacientes o con el único motivo por parte de los profesionales de atender más individuos con el fin de aumentar sus ingresos ante honorarios magros.

Nuestro estudio deja ver que una gran proporción de individuos desconoce el tipo de tratamiento psicoterapéutico que recibe. Si bien dicha información no es indispensable para el éxito del tratamiento, es un derecho del paciente y un deber ético de los psicoterapeutas dar información acerca del tratamiento que imparten. Según lo esperable, un alto porcentaje de los tratamientos son de tipo psicoanalítico. No nos es posible, dadas las características de este estudio, conocer la adecuación del tipo de tratamiento empleado con la patología o padecer del paciente. Sin embargo, es posible suponer una sobreoferta de tratamientos psicoanalíticos en desmedro de otros tipos de tratamientos psicoterapéuticos, seguramente debidos a una mayor disponibilidad académica de formación psicoanalítica, o a una preferencia cultural hacia dicha orientación.

Nuestro estudio presenta ciertas limitaciones: las encuestas fueron tomadas a transeúntes, lo que determinó dejar de lado a los individuos institucionalizados o con trastornos severos que dificultan su deambulacion. Posiblemente, esto también condicionó una disminución del porcentaje de la gente añosa inclui-

da en el estudio provocando una disminución en la representatividad de la muestra.

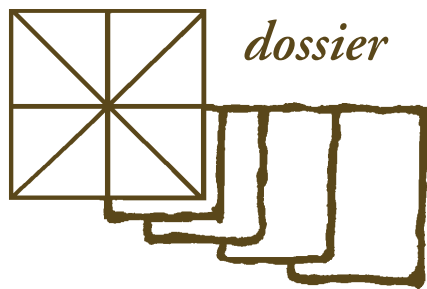
Este estudio halló que el uso de la psicoterapia está extendido en la población de la ciudad de Buenos Aires. Sería necesario realizar futuros trabajos para develar la adecuación y efectividad de estos tratamientos, así como conocer la preva-

lencia en otras ciudades y zonas de nuestro país.

Agradecimientos: agradecemos al Dr. M. Nemirovsky, Lic. M. Agrest y S. Miroshnik por la ayuda en la confección de la encuesta y a M. Caceres Lira, R. Ferrando, M. Noya Schreus, R. Ramat, C. Verger y D. Zuleta por la colaboración en la recolección de datos ■

Referencias bibliográficas

- 1- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al. Psychotropic drug utilization in Europe: results from the european study of the epidemiology of mental disorders (ESEMED) proyect. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109 (suppl 420): 55-64.
- 2- Alonso MM. Psicología en Argentina. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad* 1999; 1, 3-17.
- 3- Alonso MM. Los psicólogos en la Argentina. *Psicodebate* 6. *Psicología, Cultura y Sociedad* 2006; 6, 7-14.
- 4- Castro Solano A. ¿Son eficaces las psicoterapias psicológicas? *Psicodebate* 3. *Psicología, Cultura y Sociedad* 2001; 3, 61-92.
- 5- Casullo MM. Investigación Epidemiológica Sobre Prevalencia de Psicopatología en la Argentina. *Las Técnicas Psicométricas y el Diagnóstico Psicopatológico*. Buenos Aires, Lugar, 1992.
- 6- Diario Clarín: Según una encuesta, tres de cada 10 porteños hacen terapia. Sección Sociedad. 19/9/2006. Disponible en: <http://www.clarin.com/diario/2006/09/21/conexiones/t.01275201.htm>
- 7- Kovess-Masféty V, Saragoussi D, Sevilla-Dedieu, et al. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. *BMC Public Health* 2007; 7:188.
- 8- Leiderman EA, Mugnolo JF, Bruscoli N, et al. Consumo de psicofármacos en la población general de la ciudad de Buenos Aires. *Vertex* 2006; 17: 85-91.
- 9- Olfson M, Marcus SC, Druss B, et al. National trends in the use of outpatient psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2002; 159 (11):1914-1920.
- 10- Olfson MD, Harold Alan Pincus MD. Outpatient psychotherapy in the United States I: Volume, Costs and User Characteristics. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1281-1288.
- 11- Organización Mundial de la Salud. Resolver los problemas de la salud mental. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001; 3, 61-62.
- 12- Robertazzi M. Las representaciones sociales de los psicólogos y las psicólogas de Buenos Aires acerca de su práctica profesional: una perspectiva histórica. En *Guía teórico-práctica, 2º parte*. Buenos Aires, Proyecto Editorial, 2005.
- 13- Vicente B, Kohn R, Riosesco P, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R disorders in the Chile psychiatric prevalence study. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1362-1370.
- 14- Wei W, Sambamoorthi V, Olfson M, et al. Use of Psychotherapy for depression in older adults. *Am J Psychiatry*



PROBLEMÁTICAS DE GÉNERO EN PSIQUIATRÍA

Coordinación
Norberto Aldo Conti
Daniel Matusevich

En la introducción al dossier Género y psiquiatría publicada en septiembre del 2000 los editores nos planteamos como objetivo contribuir a sentar las bases de un rico y fructífero debate en la psiquiatría argentina alrededor de un tema tan controvertido como imprescindible como son las cuestiones de género.

Dicho debate comenzó a instalarse, quizás no con la fuerza que hubiera sido deseable esperar pero si con profundidad a través de una serie de contribuciones que tuvieron la virtud de ir delineando un campo de trabajo arduo y complejo debido a que esta interceptado por múltiples variantes de todo tipo: biología, sociología, psicología, antropología y filosofía se combinan para definir una de las discusiones mas apasionantes de nuestra especialidad.

Ocho años después de aquella presentación consideramos imprescindible rescatar para esta nueva navegación dos conceptos que son nucleares para encuadrar la reflexión sobre género:

“... lo que el concepto de género pone de manifiesto con nitidez, tanto en su origen como en su estructura, es la naturaleza psicosocial de la femineidad/masculinidad, naturaleza bifronte como testimonian las nociones de identidad y rol de género. El género es tanto un rol como una identidad, un conjunto de prescripciones y prohibiciones para el ejercicio de una conducta, así como un sentimiento del ser que se conoce –femenino o masculino– para desempeñar las actividades y conductas propias a su condición, y es reconocido por los otros en tanto se ajuste a ese desempeño esperado”.

“... sostener que el conocimiento establecido, las formas de socialización y lo sancionado como normal o patológico (por nombrar algunas organizaciones discursivas y ético-conductuales de las

muchas posibles de analizar en el plano de la cultura humana) se legitiman desde una perspectiva posible, pero no única, y que esta es masculina y dominante obliga a un sin número de replanteos no menores, como por ejemplo el concepto de salud de la mujer, la epidemiología psiquiátrica femenina, la medición de estándar intelectual, la relación médico/a-paciente, etc. ...”(1).

Estos dos conceptos son el horizonte interpretativo sobre el cual se desarrollan los artículos que pasamos a presentar.

En Algunas observaciones críticas sobre la moda género, Ostrovsky desanda el camino actual que transitan los trabajos sobre el tema observando las aún problemáticas relaciones entre sexo-género y género-mujer las cuales la llevan a concluir que “... el riesgo que corremos... es que la moda género se naturalice... convirtiéndose, como toda moda, en una etiqueta políticamente correcta, en un ropaje para vestir la palabra sexo.” Digamos que esta conclusión puede ser corroborada en muchos trabajos científicos de la psiquiatría actual.

Muy apartados de esos abordajes se encuentran los trabajos que le siguen: en Se escucha hablar de psicofarmacología de género ¿Estaremos escuchando bien? Levín y Sobredo nos hablan nuevamente de esa confusión sexo-género-mujer: “... En el caso que nos ocupa, el concepto de género es secuestrado y vaciado de contenido por un discurso que camina en sentido contrario. Cuando se habla de la psicofarmacología de la mujer y se reseñan sin duda valiosas diferencias farmacocinéticas se está hablando sencillamente de diferencias de sexo, de las viejas y conocidas diferencias sexuales anatómicas, endocrinas, metabólicas. Se organiza así un discurso que sólo puede hacer inteligible un concepto si primero es

biologizado. De este modo, buscando el género, o más precisamente las diferencias de género en la farmacocinética termina encontrándose con el sexo." Para luego cerrar con una reflexión acerca de los efectos de la misma sobre la práctica clínica.

Creemos que ambos trabajos avanzan en la posibilidad de tratar de evitar reduccionismos y confusiones, en muchos casos interesadas, al plantear claramente la trampa que constituyen los conceptos cuando son vaciados de sentido y utilizados de manera intercambiable, superficial o parafraseando a Sokal como puras "imposturas intelectuales".

En *La medicalización del sufrimiento femenino: el trastorno disfórico premenstrual* Matusevich y Pieczanski construyen y deconstruyen la historia oficial del trastorno disfórico premenstrual mostrando los aspectos sociales, políticos, económicos e ideológicos en sentido amplio que deben ser analizados en el estudio crítico de este trastorno, lo cual los lleva a afirmar, entre otras aseveraciones, que: "Es fundamental en la contextualización de la aparición de este síndrome, remarcar que el interés en el mismo surgió en paralelo al desarrollo del movimiento de liberación de la mujer ... los problemas femeninos debían volver a ser ubicados en sus propios cuerpos y no en el exterior, en las relaciones sociales de poder, que surgían como una causa importante de los orígenes de dichos problemas." Consideramos que los autores sientan posición de manera clara y definida con respecto a que toda decisión clínica es en última instancia (o en primera) una decisión política, desarticulando ampliamente cualquier concepción atea o aséptica de los fenómenos que analizan en su artículo.

También en *En busca de las locuras puerperales en la Argentina* Vaschetto desandaré el largo camino de la medicalización y el sesgo peyorativo de género que sufren la mayoría de las mujeres en el pasaje del parto desde el dispositivo doméstico al dispositivo hospitalario en la Argentina entre 1850 y 1940, pasaje que también entraña la patologización de muchas vivencias maternas en torno al alumbramiento. Quizás el mérito más importante de este trabajo radica en instalar la cuestión de género haciendo dialogar elementos psicoanalíticos, filosóficos, psiquiátricos y epistemológicos en una permanente tensión dialéctica que enriquece el debate pendiente acerca de la construcción de

las ideas psiquiátricas argentinas.

Trastorno límite de la personalidad, reino de mujeres, tierra sin hombres, de Ruíz y Vairo, muestran como este trastorno, que predomina en un 70% de pacientes mujeres, debe ser examinado a la luz de la violencia de género, lo cual es "... producto de una organización social estructurada sobre la base de la desigualdad entre hombres y mujeres." Y luego es concluyente al afirmar que:

"La relación entre trastorno de personalidad tipo límite y experiencias precoces de abuso ha quedado claramente documentada. Los pacientes con TLP refieren la tasa más alta de exposición a hechos traumáticos (particularmente para los traumas sexuales, incluyendo el abuso sexual en la infancia). Existiría una relación específica entre TLP y trauma sexual. A su vez, el maltrato en la infancia es sufrido con mayor frecuencia por mujeres y cuando la violencia de género es sufrida preferentemente en la infancia, adolescencia o a lo largo de la adultez temprana, genera alteraciones severas de la personalidad, en muchas ocasiones subdiagnosticadas, y por ende, no tratadas adecuadamente."

Tal vez sea en este terreno, el de los trastornos de personalidad, donde se está librando una de las batallas teóricas más importantes de nuestra época, categoría vs. dimensión, lugar de la narración, violencia de género, etc. van constituyendo una trama que definirá en los próximos años los nuevos modelos clasificatorios y el lugar, incierto por ahora, que la perspectiva de género ocupara en ellos.

Para finalizar este recorrido en *El género y el DSM*, un recuento histórico, controversias y perspectivas, Gaviria nos ilustra acerca del lugar que estos temas tienen en la agenda programática del DSM, instrumento rector de la psiquiatría contemporánea globalizada, que sirve de guía a algunas de las nuevas generaciones de psiquiatras (y también de las viejas) que vagan en una compleja y atribulada búsqueda de sentido para su práctica clínica diaria.

Estimados lectores, sinceramente esperamos que Uds. disfruten estas lecturas como hemos disfrutado los editores de su preparación y que la misma renueve el interés por la reflexión crítica (tantas veces postergada) acerca de género en psiquiatría en el horizonte discursivo que sostenemos desde el anterior dossier ■

Algunas observaciones críticas sobre la “moda género”

Ana Elisa Ostrovsky

Lic. en Psicología. Becaria Doctoral CONICET. UNMdP. UNLP

Introducción

Hablar de género o de perspectiva de género se ha convertido en parte de la jerga académica-praxiológica de los profesionales de la salud mental. Es común observar divisiones o grupos sobre género en las entidades profesionales, en las mesas de congresos nacionales e internacionales y en las publicaciones científicas en el campo de la psiquiatría, la psicología, la terapia ocupacional y la enfermería, entre otras. Podría afirmarse que el género está de moda, y que todo profesional medianamente informado tiene conocimiento de los principales compromisos que se desprenden al enfocar una temática desde la perspectiva de género. Sin embargo, aunque las generalizaciones son simplificadoras y hay grupos que trabajan de manera crítica, podría afirmarse a primera vista que la creciente proliferación de espacios abocados al género no trae necesariamente como consecuencia una mayor comprensión teórica de la categoría o un

incremento de prácticas profesionales sensibles a la misma dentro de los propios campos.

En principio, la polifonía de voces que evocan los estudios de género, con fuertes debates en su interior y divisiones comprensibles para quienes acostumbran adentrarse en las sutilezas del lenguaje de las ciencias sociales, muchas veces hacen que sea complejo ubicar lineamientos claros para quienes demandan herramientas concretas de trabajo, como así también para quienes se desempeñan en el campo de la investigación y pretenden clarificar desde dicha perspectiva algunos aspectos de sus prácticas. Es entonces que, aunque el género esté de moda, y quede políticamente correcto hablar de género, hay algunos malentendidos en torno al tema que sería interesante poder plantear para poder analizar críticamente su utilización y el valor heurístico derivado de su implementación en el campo de la salud mental:

Resumen

En el presente trabajo se efectúa un análisis crítico del empleo indiscriminado de la categoría género, realizando una puntuación de los distintos problemas derivados de la misma. Dichos problemas se presentan en distintos planos, acentuándose en algunos su carácter ontológico-epistemológico y en otros su aspecto praxiológico o político. Finalmente se esbozarán ciertos interrogantes para seguir pensando su utilización disciplinar y el valor heurístico de dicha implementación.

Palabras clave: Género - Análisis crítico - Salud mental - Moda.

SOME OBSERVATIONS REGARDING THE CATEGORY ‘GENDER’

Abstract

In the present work a critical analysis of the indiscriminate use of the category “gender” is carried out, pointing out the different problems derived from it. The mentioned problems appear at different levels, their ontological-epistemological character being accentuated in some and their practical or political aspects in others. Finally, certain questions will be outlined as to continue thinking their scientific use and the heuristic value of their implementation.

Key words: Gender - Critical analysis - Mental health - Fashion.

Primer problema: ¿qué es lo inmutable y lo mutable del sexo y el género?

Comúnmente se plantea al género como una construcción histórica y contingente, producto de prácticas sociales. Se indica que la representación de lo masculino y lo femenino ha sido objeto de múltiples lecturas, siendo el sexo una entidad estable que sirve como soporte y anclaje a la emergencia de dichas representaciones. El género es desde ésta perspectiva, el ropaje histórico que viste la realidad biológica del cuerpo sexuado (5).

La pregunta que emerge ante dicha visión es si entender al género de ésta manera no contradice las raíces mismas del vocablo en su utilización disciplinar. La aparición del mismo data de mediados del siglo pasado de la mano de dos sexólogos norteamericanos: John Money, profesor de pediatría y psicología médica de la Universidad John Hopkins de Baltimore, y Robert Stoller, médico psicoanalista de la Universidad de California, miembro fundador de la Sociedad Psicoanalítica de Investigación de la APA. Tanto uno como otro acuñarían el término género subrayando su estabilidad, en contraposición a lo "indefinido" o "inadecuado" del cuerpo biológico.

El primero inauguró el término en sus estudios sobre niños con estados intersexuales haciendo referencia a una *identidad de género* y al *papel de género* como los factores determinantes de la "definición sexual posterior"; mientras que el segundo, en su obra *Sex and Gender* profundizó las ideas de Money, centrándose en el estudio de la autoimagen de los pequeños con relación al sexo, postulando que la noción de ser masculino o femenino se consolida alrededor de los 18 meses con independencia del sexo biológico de las niñas y niños en cuestión. Particularmente informados fueron los casos de Christine Jorgensen (1952) y Roberta Cowell (1954), primeras operaciones de cambio de sexo, en donde mereced a la tecnología médica, lo variable o modificable fue el cuerpo y no la percepción del mismo.

Nos encontramos entonces con una primera paradoja: por un lado, un nacimiento de la categoría género en el seno de la medicina y la psicología para explicar cómo una identidad nuclear de género invariable se impone a un sexo modificable; y por otro, una formulación invertida en la recepción del vocablo en los años 70, por parte de las ciencias sociales, que hace hincapié en la variabilidad del género, confiriéndole una ontología distinta a la realidad orgánica del cuerpo (44). La sociología, la antropología, la historia, entre otras, enfocaron sus estudios de género entendiendo al mismo como una categoría social que se impone en un cuerpo biológico relativamente estable (14).

Aunque en ambas definiciones prevalece el cuestionamiento a la fórmula "biología es destino", es necesario preguntarnos qué suponemos construido o cambiante cuando empleamos el término: ¿el cuerpo se reconstruye para encarnar una identidad inalterable? ¿Las representaciones se apoyan en un referente inexorable? Dejamos entonces abierto este primer punto como una pregunta inicial a la hora de pensar y repensar nuestras interven-

ciones, sobre todo atentos al abanico de posibilidades que se nos presentan ante las cada vez más refinadas tecnologías de modificación corporal.

Segundo problema: género como estudio de mujeres o de la mujer

Un segundo interrogante se desprende de la sinonimia observada entre género y mujer, o género y mujeres. Pese a que desde su utilización gramatical el vocablo género se utiliza en tanto aplicable a ambos sexos: género masculino, femenino (y neutro, en lengua inglesa), rápidamente comenzó a incorporarse y a circular en diversos ámbitos como sinónimo de mujer (45). Dicha distorsión, en parte producto de su estrecha relación con el feminismo, ha propiciado la utilización indiscriminada del término, al punto que no es infrecuente encontrar estudios presentados desde la perspectiva de género sólo por centrarse en "temas femeninos" (embarazo, menarca, menopausia, etc.), o tener a mujeres como sujetos experimentales o de intervención. También se observan investigaciones que listan entre sus variables el sexo de los sujetos, y luego exponen las diferencias entre los grupos como supuestos estudios de género sobre la cuestión a elucidar, repitiendo sin grandes transformaciones los estudios clásicos de psicología y psiquiatría diferencial.

La pérdida que conlleva dichos posicionamientos, a nuestro parecer, radica en desestimar la *relacionalidad* inherente al concepto género. Relacionalidad que nos invita a pensar que lo masculino y lo femenino no se definen en sí mismos, sino en una peculiar reciprocidad de lo uno con lo otro. Joan Scott lo aclara al definir al género como a una categoría donde lo masculino y lo femenino se conforman a partir de una relación mutua en un momento histórico dado, siendo una forma primaria de relaciones significantes de poder (43).

Al analizar la definición de Scott, Ana M. Bach y cols. (4), más allá de sus críticas a la noción bipolar de poder y a su falta de formalización, consideran que la misma es apropiada para explicar los modelos pasados y actuales de relación social basadas en el sexo, y proponen entender al género como un conjunto de prácticas interrelacionadas. De la tesis de Scott extraen cuatro elementos:

- Símbolos culturales que evocan representaciones.
- Conceptos normativos (el "deber ser").
- Instituciones que reproducen y refuerzan dichos conceptos.
- La identidad subjetiva (un individuo que se autopercebe como hombre, mujer, transexual, etc.).

Un aspecto cardinal en dicha enumeración es que cada uno de los elementos se halla íntimamente implicado en y con el otro a través de relaciones de poder. El poder no sólo atraviesa, sino que conforma al género, en la medida en que las características se piensan no sólo como meras diferencias o disimilitudes, sino en tanto desigualdades y asimetrías respecto de lo socialmente instituido y valorado. Autoras como Luce Irigaray (30) nos indican cómo la mujer huérfana de una descripción autónoma, positiva y positivizante, ha sido disciplinariamente concebida como el *speculum*, el reverso o la

negatividad misma del hombre¹.

Consideramos entonces que homologar mujer o mujeres a género sólo por una cuestión de actualización del lenguaje disciplinar, podría dejar de lado el cariz político y la dialéctica de la relación entre los términos cayendo en un solipsismo esencialista. Postura que abogaría supuestas naturalezas sexuales inmutables y ahistóricas, y en tanto tales, plausibles de ser estudiadas en sí mismas con independencia de su contextualidad.

Otra pérdida de dicha operación de homologación es dejar de lado lo masculino como lugar de interrogación e indagación. Al respecto se están desarrollando estudios tanto a nivel local (9, 36), como a nivel internacional (19, 29, 31, 37, 40, 47), que abordan las masculinidades, sus conformaciones y sus padecimientos, enriqueciendo notablemente la comprensión de las relaciones intergénero.

Tercer problema: ¿los estudios de género representan una posición homogénea?

Otro problema desde nuestra perspectiva, es entender al género como una posición homogénea, como si todos supiésemos de qué estamos hablando cuando nos informan de un estudio enfocado desde "la perspectiva de género". Tampoco se vislumbra con claridad si el género es un enfoque, una categoría o una rama disciplinar.

Localizamos, en un mosaico de marcos teóricos, posiciones heterogéneas como el empirismo contextual de Longuino (33), la Teoría del Punto de Vista de Harding (28), la Teoría del Pensamiento Recto de Wittig (13), y la Teoría preformativa del Género de Butler (10). Dentro de tal espectro, puede proponerse tanto el incorporar el género como una mirada complementaria que amplía las teorías vigentes, como la transformación misma de los modos de hacer ciencia e intervenir profesionalmente por estar enmarcados éstos en paradigmas obsoletos (24).

Coexisten asimismo desarrollos en el marco del psicoanálisis francés como los de Irigaray (30), norteamericano como los de Chodorow y Benjamin (6, 15), y aportes locales como los de Dio Bleichmar (18), Meler (35), y Burín (8, 9), entre otras (20, 23), que cabalgando entre discursos a menudo contradictorios, enriquecen la comprensión del género con herramientas psicoanalíticas, a la vez que revisan al psicoanálisis como un producto epocal señalando sus sesgos androcéntricos y sexistas (3, 21, 38).

Tampoco es infrecuente encontrar estudios y modalidades de intervención que conceptualizan al género apelando a posiciones contruccionistas sociales (25), al paradigma de la complejidad (17), a los enfoques cognitivo-sociales (2, 22), narrativos (26), etc.

La enumeración, que no pretende ser exhaustiva, continúa y abre dos preguntas, la primera enunciada precedentemente: ¿qué afirmo entonces cuando señalo

que mi perspectiva es de género?; y la segunda, quizás menos normativa y más interesante como cuestión a trabajar: ¿cómo empleo tales posiciones en mis prácticas profesionales cotidianas?

Cuarto problema: ¿de que cuerpo estamos hablando?

Relacionado con el mencionado problema de la mutabilidad del cuerpo/género está el de poder discernir qué cuerpo testimonian los estudios presentados en tanto informados de la 'perspectiva de género'.

La manera de pensar al sexo de la mano del género, fue claramente postulado por la antropóloga Gayle Rubin (41) al acuñar la denominación sistema *sexo-género* como un conjunto de disposiciones por el cual una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana satisfaciendo de esa manera necesidades históricamente conformadas.

De la mano de esta dicotomía, pese a que la misma Rubín se encarga de elucidar su carácter construido (42), emerge la idea del cuerpo como un objeto prediscursivo o natural. El cuerpo en tanto sexo se emparentaría a la oposición naturaleza/cultura, ocasionándose una suerte de metaforización mutua: el género se convierte en un lenguaje muy poderoso para hablar de las grandes preguntas sobre la naturaleza y la cultura, a la vez que el lenguaje de la naturaleza y la cultura se convierte en una interesante herramienta para hablar del género (39).

Es precisamente allí donde Judith Butler (10, 12) cuestiona la ganancia de teórica derivada de la separación sexo-género y se pregunta si acaso ésta no naturaliza al cuerpo en tanto el género sería la ley utilizada para pensar el cuerpo y no viceversa. Desde su perspectiva, es entonces el aspecto preformativo del género lo que le confiere ontología a un cuerpo en tanto sexuado, siendo la distinción misma un producto a posteriori. Teresa Lauretis (16), a su vez, define al género como una tecnología que produce a un sujeto en tanto masculino o femenino en un proceso de normalización que constituye las mismas categorías que se pretenden explicar.

El locus de interrogación que asoma es ¿qué es un cuerpo entonces? o ¿qué es un cuerpo si encaro mi actividad profesional desde X perspectiva de género? Quizás sea usual dentro de nuestros campos hablar de un cuerpo significado socialmente, de un cuerpo fantaseado o de un cuerpo erógeno, pero menos lo es el pensar la ontología misma de ese cuerpo y cuestionarlo como realidad biológica. ¿Cuáles son los límites de la construcción? ¿Planteamos una investigación de género pero suponemos en última instancia un cuerpo biológico atravesado por el dimorfismo sexual? (27, 46).

Es particularmente en el campo de la salud mental donde se comprende que nuestras problematizaciones, lejos de ser meras elucubraciones epistemológicas, tienen consecuencias prácticas cuando trabajamos con los

¹ Posteriormente sería criticada la pretensión universalista que planteaba a "la mujer" y "al hombre", incorporándose los plurales para subrayar la divergencia de experiencias intra e intergéneros.

otros, y cuando éstos se definen como personas con sentido de identidad que entra en conflicto con las normas convencionales de género. Los transexuales (pre y post-operados), las travestis, los crossdresseros e intersexuales, nos colocan al límite de nuestros prejuicios acerca de la relación natural y biunívoca entre sexo y género.

Surgen entonces los fantasmas de la patologización y la potencia normalizadora de las disciplinas: ¿qué vemos cuando vemos a un transexual? ¿Con qué herramientas pensamos y trabajamos de manera pensante? ¿Son los “homosexuales del nuevo milenio”? Como ejemplo cabe mencionar la paradigmática acusación de *patofilia del género* sostenida por dichos grupos con motivo de la reunión anual de la American Psychiatric Association de 1996 (44). Los mismos, al denunciar la falta de correspondencia entre sexo-género-orientación sexual, informan a través de lo discontinuo y lo incoherente, el mundo “normal” de la categorización sexual y la persistencia de nuestra manera binaria de pensar la realidad, como por ejemplo la idea de que una travesti es una “mujer atrapada en cuerpo de hombre”.

Quinto problema: ¿el género es un atributo más o modifica la misma noción de sujeto?

En los puntos preliminares criticamos a los fijismos, a la idea de naturalezas predeterminadas, y a la naturalización de los géneros y sus componentes ideológicos, entre otros. El debate ontológico, epistemológico, metodológico, ético y político de tales puntos es inevitable si asumimos la ventaja de emplear la categoría género en lugar de sexo y enfocamos desde allí nuestro trabajo.

Estos puntos han sido subrayados brillantemente por corrientes feministas, transgénero y queer que pusieron en jaque nociones esencialistas y abogaron por identidades en continuo cambio. A su vez dicha movilidad, que pareciera a primera vista negar la idea de un sujeto estable, entra en conflicto con reivindicaciones feministas y LGBT, que para poder operar políticamente, necesitan sustentar su actividad en una identidad compartida. La cuestión cardinal pareciera ser cómo abordar sujetos nómades (7) e identidades cambiantes, sin patologizar y sin renunciar al derecho de un anclaje identitario como plataforma de cambios salugénicos.

La pretensión universalista del género y el hablar de “la mujer” ya se había puesto en cuestión de la mano de las feministas lesbianas de los años 70 y las feministas

negras de los 80 que criticaron al modelo aditivo (no se trataba de ser mujer, negra y pobre, sumando cada uno de los términos, sino entender que la misma experiencia de ser mujer se conformaba de manera radicalmente distinta por los peculiares atravesamientos de clase y color). En los años 90, con el advenimiento de posiciones posmodernas, la idea de sujeto e identidad de género se fueron deconstruyendo y cuestionando como resabios de la ilustración, surgiendo el problema de articular dichas posturas con la necesidad política de un sujeto (11, 34).

Actualmente, un planteamiento alternativo es la conceptualización de identidades estratégicas como plataformas identitarias no esenciales (1), siendo un interrogante para nuestras actividades, cómo operacionalizar dichas transformaciones teóricas y políticas, para pensarnos a nosotros mismos y a quienes nos convocan, negando esencialidades estigmatizantes, pero dejando abierta la posibilidad de concebirlos y concebirnos en tanto sujetos de agencia individual y colectiva.

Algunas observaciones finales

En los apartados precedentes efectuamos una puntualización de algunos problemas observados respecto de la moda género. El recorrido presentó algunos puntos no equiparables entre sí en la medida en que reflejan cuestiones de distinta índole, pero que tienen como punto en común el cuestionarnos en qué debates nos colocamos implícitamente al emplear la categoría. La intención de dicha enumeración, más que representar una mera normativa sobre “lo que hay o no que hacer”, tiene como intención abrir interrogantes y elementos para reflexionar críticamente sobre nuestras prácticas y evitar la fetichización de nuestros objetos de estudio en desmedro de las categorías que usamos para pensarlos y pensarnos a nosotros mismos.

Que se instale un nombre, y por lo tanto una posibilidad de desnaturalizar las nociones con las que nos manejamos, no implica necesariamente una reflexión epistemológica sobre el tema y una conciencia crítica de las transformaciones axiológicas y políticas que implican dichas nociones. Si ello no sucede, el riesgo que corremos quienes intentamos acercarnos a la perspectiva, es que la moda género se naturalice a sí misma y pierda su capacidad transformadora, convirtiéndose como toda moda en una etiqueta políticamente correcta, en un nuevo ropaje para vestir la palabra sexo ■

Referencias bibliográficas

1. Alcott L. Feminismo cultural versus pos-estructuralismo: la crisis de la identidad en la teoría feminista. *Feminaria* 1989; 2 (4).
2. Amezcua Membrilla J, Pichardo Martínez C. Diferencias de género en autoconcepto en sujetos adolescentes. *Anales de psicología* 2000; 16 (2): 207-21.
3. Appignanesi L, Forrester J. Las mujeres de Freud. Buenos Aires, Planeta, 1992.
4. Bach A, et al. Para comprender el género: Precisiones epistemológicas, Mujeres y Filosofía (I). Teoría filosófica de género. Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1994.
5. Barbera Heredia E, Pastor R. Género y sexo: Transformaciones históricas en el estudio de los roles y estereotipos. *Revista de Historia de la Psicología* 1992; 13 (2-3): 49-57.
6. Benjamin J. Los lazos de amor. Buenos Aires, Paidós, 1999.
7. Braidotti R. Las teorías de género, o “el lenguaje es un virus”.

- Sujetos nómades*. Buenos Aires, Paidós, 2000.
8. Burin M, Meler I. Género y Familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad. Buenos Aires, Paidós, 1998.
 9. Burín M, Meler I. Varones. Género y Subjetividad masculina. Buenos Aires, Paidós, 2000.
 10. Butler J. El género en disputa. México, Paidós, 2001.
 11. Butler J. Fundamentos contingentes: el feminismo y la cuestión del posmodernismo. Buenos Aires, Centro de Documentación sobre la Mujer, 2001.
 12. Butler J. Problemas de los géneros, teoría feminista y discurso psicoanalítico. En: Nicholson L (comp.) *Feminismo/Postmodernismo*. Buenos Aires: Feminaria; 1992.
 13. Cáceres M, Pérez Mayo A. Las Epistemologías Feministas y la Teoría de Género Cuestionando su carga ideológica y política versus resolución de problemas concretos de la investigación científica *Cinta de Moebio* 2005; (22): 0.
 14. Cangiano M, Du Bois L. Estudio Preliminar. *De mujer a género: teoría interpretación y practica feminista en las ciencias sociales*. Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1993.
 15. Chodorow N. El Ejercicio de la Maternidad. Barcelona, Gedisa, 1984.
 16. De Lauretis T. Sujetos excéntricos: La teoría feminista y la conciencia histórica. En: Cangiano M, Du Bois L. *De mujer a género: teoría interpretación y practica feminista en las ciencias sociales*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina; 1993.
 17. Di Ciommo R. Relações de gênero, meio ambiente e a teoria da complexidade. *Estud Fem* 2003;11 (2): 423-443.
 18. Dio Bleichmar E. El feminismo espontáneo de la histeria. Madrid, ADOTRAF, 1985.
 19. Emslie C, Ridge D, Ziebland S, Hunt K. Men's accounts of depression: Reconstructing or resisting hegemonic masculinity? *Soc Sci Med* 2006; 62 (9): 2246-2257.
 20. Fernández A. De eso no se escucha: el género en psicoanálisis. En: Burín M, Dio Bleichmar (comp.). *Género, Psicoanálisis, Subjetividad*. Buenos Aires: Paidós; 1996.
 21. Flax, J. *Psicoanálisis y Feminismo*. Pensamientos fragmentarios. Madrid, Ediciones Cátedra, 1995.
 22. Giavoni A, Tamayo A. Inventário dos Esquemas de Género do Autoconceito (IEGA). *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2000; 16 (2): 175-184.
 23. Giberti E. La alteridad: un síntoma de género entre niños y niñas. En: Rodolfo M, González N (comp.). *La Problemática del Síntoma*. Buenos Aires, Paidós, 1997.
 24. González M, Pérez E. Ciencia, Tecnología y Género. *Feminismos* 2002; (2).
 25. Gorlier J. Construcción social, identidad y narración. Nuevos enfoques teóricos y el (re-) hacer del género. La Plata, Ediciones al Margen, 2005.
 26. Gremillion H. Unpacking Essentialisms in Therapy: Lessons for Feminist Approaches from Narrative Work. *Journal of Constructivist Psychology* 2004; 17 (3):173-200.
 27. Haraway D. Ciencia, «Género» para un diccionario marxista: La política sexual de una palabra. *Ciencia, cyborgs y mujeres*. Madrid, Cátedra, 1995.
 28. Harding S. Ciencia y feminismo. Madrid, Morata, 1996.
 29. Hardy E, Jiménez A. Masculinidad y Género. *Rev Cubana Salud Pública* [periódico en la Internet]. 2001 Dic [citado 2008 Jul 09]; 27(2): 77-88. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662001000200001&lng=es&nrm=iso.
 30. Irigaray L. *Speculum*. Espéculo de la Otra Mujer. Madrid, Saltés, 1978.
 31. Kupers T. Toxic Masculinity as a Barrier to Mental Health Treatment in Prison. *J Clin Psychol* 2005; 61 (6): 713-724.
 32. Lamas M. Usos, posibilidades y dificultades de la categoría género. *Papeles de Población* 1999; (21): 147-158.
 33. Longino H. Subjects, Power, and Knowledge: Description and Prescription in Feminist Philosophies of Science. En: Alcoff L, Potter E (eds.). *Feminist Epistemologies*. Nueva York: Routledge; 1993.
 34. Martínez M. Epistemología Feminista y posmodernidad. *Cinta de Moebio* 2003; (16): 0.
 35. Meler I, Tajer D. *Psicoanálisis y género*. Debates en el foro. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2000.
 36. Meler I. Mujeres, varones y salud mental. El enfoque psicoanalítico y los aportes de los estudios de género. En: Oliva L, Mainero N (comp.). *Miradas sobre género*. Aportes desde el conocimiento. San Luis: UNSL; 2007.
 37. Mellsop G, Smith B. Reflections on masculinity, culture and the diagnosis of depression. *Aust N Z J Psychiatry* 2007; 41 (10): 850-853.
 38. Mitchell J. *Psicoanálisis y Feminismo*. Barcelona, Anagrama, 1982.
 39. Ortner S. Entonces, ¿Es la mujer al hombre lo que la naturaleza a la cultura? *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana* 2006; (1): 12-21.
 40. *Psychology of Men & Masculinity*. Ed: Ronald F. Levant, EdD, ABPP, MBA. Division 51 - Society for the Psychological Study of Men and Masculinity.
 41. Rubin G. El tráfico de Mujeres: notas sobre la economía política del sexo. En: Lamas M (comp.). *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: UBAM/Pueg; 1996.
 42. Rubin G. Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. En: Vance C (comp.). *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*. Madrid: Revolución; 1989.
 43. Scott J. El género: Una categoría útil para el análisis histórico. En: Cangiano M, Du Bois L. *Estudio Preliminar. De mujer a género: teoría interpretación y practica feminista en las ciencias sociales*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina; 1993.
 44. Soley-Beltrán P. ¿Citaciones perversas? De la distinción sexo-género y sus apropiaciones. En: Mafa D (comp.). *Sexualidades migrantes. Género y transgénero*. Buenos Aires: Feminaria; 2003.
 45. Stewart A, McDermott C. Gender in Psychology. *Annu Rev Psychol* 2004; 55: 519-44.
 46. Stolke V. La mujer es puro cuento: la cultura del género. *Estudios Feministas* 2004; 12 (2): 77-105.
 47. Stoller R, Herdt G. El desarrollo de la masculinidad una contribución transcultural. *Revista de la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados* 1992; (18).

Se escucha hablar de psicofarmacología de género. ¿Estaremos escuchando bien?

Laura D. Sobredo

Médica. Especialista en Psiquiatría. Docente del Departamento de Salud Mental de la Facultad de Medicina (UBA)
E-mail: lausobredo@hotmail.com

Santiago A. Levín

Médico. Especialista en Psiquiatría. Docente del Departamento de Salud Mental de la Facultad de Medicina (UBA)
E-mail: santiagolevin@gmail.com

*¿Qué ves? ¿Qué ves cuando me ves?
Cuando la mentira es la verdad.*

*“Qué ves”,
del álbum Vianda de ayer
Grupo Divididos (2004)*

I. Introducción (y aclaración, si acaso fuera necesaria)

Es deseable para cualquier escritura que deleve sus intenciones por sí misma, soslayando las aclaraciones, y que en el acto de la lectura pueda producir nuevos sentidos. Pero no es tarea sencilla. Ocurre que la intención crítica, la posibilidad de reflexión, el intento de alguna producción original encuentran con frecuencia dos escollos difíciles de salvar: los temas *de moda*, de los que no es aconsejable estar desinformado, y la *corrección política*. Cuando se habla de cuestiones de género, apartarse del canon pretendida y malentendidamente “feminista” deja, a quien se pronuncia fuera de la *corrección*, excluido de no sabemos qué tertulia de bienpensantes a la que los autores de este ensayo hacemos méritos para no ser invitados. La cuestión de la *corrección* merodea

insistentemente, al menos en el ámbito médico psiquiátrico, en torno a muchas de las producciones y más aún de las opiniones que circulan en relación con este tema. Apenas para empezar, alertamos a quien lee que hemos decidido no reproducir el agotador estilo aclaratorio de “ellos y ellas”, “aquellos y aquellas”, así como la trabajosa exclusión de la palabra “hombre” cada vez que nos referimos al género humano.

Hoy aquí, reduciendo las pretensiones de la corrección y sin abandonar otras, queremos comenzar aclarando el carácter ensayístico de este texto. Ortega y Gasset hablaba del ensayo como “la ciencia sin la prueba explícita”; algún otro (¿importa quién y cuándo?) lo ha definido como la “poetización del saber”. Cómodos

Resumen

El título “psicofarmacología de género”, que encabeza una cantidad creciente de artículos de la especialidad, carece, en conjunto, de la más mínima coherencia. Los autores de este ensayo presentan una discusión acerca de este fenómeno, que en el mejor de los casos puede ser calificado como un malentendido.

Palabras clave: Género - Psicofarmacología - Sexo - Cultura.

WE HEAR ABOUT “GENDER PSYCHOPHARMACOLOGY”. ARE WE LISTENING WELL?

Abstract

The heading “Gender Psychopharmacology”, presiding growing quantities of papers on the speciality, lacks coherence, altogether. The authors of the present essay discuss this phenomenon, that can be characterized as a misunderstanding, at best.

Key words: Gender - Psychopharmacology - Sex - Culture.

en este marco, seguimos adelante. No encontrará aquí el lector citas bibliográficas, ni un recorrido minucioso y “erudito” por el saber relacionado con las categorías mencionadas en el título: género y psicofarmacología, o más precisamente “psicofarmacología de género”. Entonces comenzamos precisando una diferencia de género... literario. Mencionábamos dos escollos en un párrafo anterior. Existe, al menos, un tercero. Tal pareciera que todo escrito en el ámbito de la medicina debería caer bajo el formato de *paper* de *journal* para conquistar mínima credibilidad. Así, todo texto organizado bajo la forma de objetivos-materiales & métodos-resultados-discusión-conclusiones será rápidamente clasificado por la subjetividad profesional imperante como serio, confiable y “científico”.

Una vez más, la forma, los gestos (no importa si vacíos) de la ciencia, y esta vez una apuesta a una forma que pretende decir del contenido.

II. Farmacomujercinética

Haga la prueba el lector y constatará lo siguiente: si intenta una búsqueda en Internet referida a los términos “psicofarmacología” y “género” aparecerán, en abrumadora mayoría, referencias a la farmacocinética y la mujer. ¿Será eso, entonces, la psicofarmacología de género, la de la mujer? No aparecen en cambio trabajos que anuncien referirse a la psicofarmacología del varón. Admitamos que suena raro esto de psicofarmacología del varón. El silencio vale más que mil palabras y la posición androcéntrica es la que manda. Sin aclaración la ciencia se refiere al hombre; si es a la mujer hay que abrir un capítulo especial. Y las referencias más extensas son aquellas que se refieren a cuestiones mensurables. ¿Será entonces que las diferencias de género pueden medirse y una de las maneras de medirlas son parámetros farmacocinéticos? ¿Será entonces que psicofarmacología es farmacocinética y género es mujer? Primera recomendación: no confiar a primera vista en las inferencias que pudieran hacerse luego de una búsqueda electrónica.

¿Hay más diferencias farmacocinéticas entre un hombre y una mujer que entre un niño y un sujeto adulto obeso? ¿Y si el hombre en cuestión está desnudo y la mujer no? Para comparar varones y mujeres tomando como referencia las diferencias farmacocinéticas, ¿habrán de pertenecer a una misma etnia? ¿A un mismo grupo étnico? ¿A un mismo colectivo social? O quizás todas estas aclaraciones no sean necesarias y estamos asistiendo al momento histórico en que comienza a escribirse la farmacología de las mujeres... jóvenes, blancas, occidentales, de clase media urbana, que acceden a los medios de producción de la cultura, que tienen un rol activo en la circulación del dinero (¿cuáles otras?). Como dice Augusto Monterroso en un bello cuento titulado *La rana auténtica*: “qué buena rana, si parece pollo”. El patriarcado retorna e insiste, como el mar o como la pulsión reprimida.

Mujeres y varones somos distintos en nuestra farmacocinética, parecen decirnos estos trabajos. Habría, según se lee, una farmacocinética de la mujer y otra del varón.

Como si la biología hubiese decidido ponerse esencialista. Pero no es el único caso. Cada vez con más frecuencia se publican trabajos que aseguran que la principal diferencia entre el hombre y la mujer está en el cerebro. Otra vez la pregunta es: ¿habremos escuchado bien? Sí, en el cerebro. A tal conclusión llegan algunos investigadores al comparar cerebros de mujer con cerebros de varón. Diferencias en el volumen de la amígdala, del hipocampo, de los lóbulos frontales... ¿Será esto así? Y de serlo, ¿qué podemos concluir a partir de estos datos? ¿Con qué hipótesis previas se realizaron estas investigaciones?

Lejos de nuestra intención está negar las diferencias determinadas por la biología. Las diferencias hormonales entre el cuerpo de un hombre y el de una mujer determinan, sin duda, diferencias relevantes en el modo de interacción entre los fármacos y dichos cuerpos que no son abordadas generalmente en las investigaciones, aclaradas y difundidas en los textos, diferenciación denunciada por las publicaciones que se ocupan de la psicofarmacología y el género.

En ocasiones se toma en cuenta, en un fino ejercicio semiológico, el volumen de distribución de un sujeto para ajustar las dosis de medicación requerida para obtener un cierto efecto terapéutico; concepto de gran utilidad que ha sido rescatado y puesto en acción en lo que se refiere a las diferencias entre mujeres y varones. Dando por sentada una de las verdades de estos tiempos: las mujeres siempre son más pequeñas que los varones. Las diferencias en múltiples parámetros biológicos en una mujer menstruante o más aún en una mujer embarazada también son motivo de atención para la “psicofarmacología de género”. Segunda verdad aún más contundente que la anterior: si algo define al género femenino como indicador fundamental de diferencia es la maternidad o mejor dicho la condición de embarazada, la capacidad de parir o al menos la posibilidad mensualmente renovada de acceder a ella. Por fin entendimos esto del género, colegas, por fin unos aportes que sirven a nuestra práctica clínica y no esas vaguedades poéticas de las mujeres que acceden a lugares de poder: el género está en el hígado.

III. Gato por liebre

A no dudarlo: estamos frente a una temática inundada de confusiones. Lo políticamente correcto, los intereses de la industria biomédica, la falta de herramientas teóricas (básicamente: la ausencia de una formación humanística, histórica y filosófica de los involucrados) y una pasmosa ingenuidad del colectivo profesional en ciencias de la salud, hacen una mezcla ciertamente difícil de analizar. Porque no se trata aquí de incurrir en fundamentalismos inaceptables sino de separar, en la medida de lo posible, la paja del trigo.

Detengámonos un instante en este punto. Los estudios de género posibilitaron la existencia de un importante espacio en la producción de conocimiento científico en tanto plantearon, desde el inicio, que no era posible la reflexión acerca de la “diferencia de sexos” basándose exclusivamente en parámetros biológicos.

Éste es el pensamiento (emancipador, al menos en sus inicios) que vinieron a propiciar los estudios de género. En el caso que nos ocupa, el concepto de género es secuestrado y vaciado de contenido por un discurso que camina en sentido contrario. Cuando se habla de la psicofarmacología de la mujer y se reseñan sin duda valiosas diferencias farmacocinéticas se está hablando sencillamente de diferencias de sexo, de las viejas y conocidas diferencias sexuales anatómicas, endócrinas, metabólicas. Se organiza así un discurso que sólo puede hacer inteligible un concepto si primero es biologizado. De este modo, buscando el género, o más precisamente las diferencias de género en la farmacocinética termina encontrándose con el sexo.

El título “psicofarmacología y género”, repetido en cientos de artículos, incluye claramente esta confusión que consideramos sintomática en tanto producción derivada de un conflicto. ¿Qué les pasa a los que escriben con una confusión tan, pero tan grosera? ¿Quiénes, en qué medios, varones, mujeres o ambos escriben, deciden las publicaciones, dan clases o las escuchan? ¿Qué nos está pasando a los médicos?

El estudio en profundidad de este fenómeno merece si duda un trabajo aparte. Porque no alcanza con denunciar lo que en el mejor de los casos y con la mayor de las indulgencias podríamos llamar confusión. Algo ha ocurrido que permite la aparición en el discurso médico de tantas “confusiones” de este tipo que resultan verdaderamente alarmantes. De los innumerables factores involucrados queremos en esta ocasión detenernos en uno en particular, que nos atañe a los autores de este escrito en tanto docentes en la carrera de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

¿Qué tipo de formación tiene un individuo que se recibe de médico? Con seguridad, una aceptable (en algunos casos excelente) formación en todo aquello que de biológico tiene el ser humano. Basta mirar el plan de estudios de la carrera para descubrir, con asombro y preocupación, qué poca importancia tiene la formación teórica, histórica y científica del estudiante de Medicina. A modo de ejemplo podemos mencionar la escandalosa ausencia de la materia Historia de la Medicina en el mencionado plan de estudios de Universidad de Buenos Aires (ello a pesar de existir en la facultad un Departamento de Humanidades Médicas con tres áreas: Bioética, Historia de la Medicina y Metodología de la Investigación). Sólo en el Ciclo Básico Común el estudiante encontrará, para perderles luego el rastro definitivamente al ingresar en la facultad propiamente dicha, referencias introductorias en las dos materias comunes a todas las carreras de la UBA: Introducción al Conocimiento de la Sociedad y el Estado, e Introducción al Pensamiento Científico. Y nada más. Justo es mencionar que más de una cátedra hace esfuerzos para remediar, siquiera mínimamente, semejantes ausencias. Como habrá de saber el lector, esto no fue siempre así: los planes de estudio de la carrera de Medicina (y de tantas otras) sufrieron importantes modificaciones en los distintos momentos políticos del país; muchos de ellos lamentablemente fueron fiel reflejo de las más terribles prácticas autoritarias. Segura-

mente la comparación del plan de estudios de la carrera de Medicina en las distintas facultades del país desde, digamos, 1930 en adelante arrojaría interesantes y dolorosos hallazgos.

Desde luego, el mencionado fenómeno de las “confusiones” no se explica únicamente por la falta de una formación humanística en las carreras de Medicina. Pero es indudable que el enorme retroceso de la Universidad en su rol social de generadora de saberes originales y potencialmente transformadores, paralelo al retroceso del Estado como garante del bien común, juega un papel relevante a tener en cuenta.

IV. El género y la práctica clínica del psiquiatra

Sexo es sexo y género es género. ¿Es posible hacer una lectura de la práctica de la psicofarmacología desde el punto de vista del género? Creemos que sí. Se nos ocurren algunas posibilidades, que ahora esbozaremos sintéticamente por razones de espacio. Una vez más, su desarrollo queda anotado como tarea pendiente.

¿Qué ocurre con el género del profesional? ¿Cuántos géneros hay entre los profesionales de la salud? ¿Y sexos? El médico, en lo que respecta a su práctica ¿tiene género o tiene sexo o ninguno de los dos? Hace rato ya que hemos aprendido cuán valiosa es en la práctica médica la reflexión respecto de la posición del médico, en nuestro caso psiquiatra, en el encuentro con el paciente. Nos sabemos parte del campo de la entrevista y sometidos a las diversas tensiones sociales y culturales como el que más, es decir tanto como nuestros pacientes. También sabemos que, sin aspirar a la santidad (Dios nos libre y guarde), la actitud profesional establece cierta particular distancia que permite la tarea clínica. Para decir la tercera y por ahora última cuestión por todos conocida, también sabemos que abstinencia es una cosa y neutralidad otra bien distinta. El médico está en un determinado posicionamiento y lo mejor que le puede pasar tanto a él (el masculino genérico una vez más) como a su paciente es reconocerlo y reflexionar al respecto. Entonces, volviendo a las preguntas anteriores la respuesta parece sencilla: el médico tiene sexo (que eventualmente practica) y género en cuanto es parte de la cultura que produce tanto texto al respecto. Pero entonces, ¿los varones y las mujeres intervenimos diferente? ¿Medicamos diferente? ¿O medicamos todos del mismo modo, correctamente, como indican los textos? ¿Será que la psicofarmacología está exenta de cuestiones de género cuando nos referimos al género de quien prescribe? Seguramente habrá quien diga que estamos fuera de este asunto a la hora de prescribir, y que lo hacemos como el saber construido en los últimos tiempos, basado en investigaciones independientes y serias, lo aconseja. Que prescribimos libres de prejuicios, los varones y las mujeres médicos, todos parejo, y que las diferencias son sólo las de la formación y la pericia de cada uno. Por nuestra parte, proponemos la siguiente hipótesis con inocultables intenciones de polemizar: todos medicamos como varones.

Y hablando de cómo se prescribe, otro clásico tópicos alrededor de las diferencias de género: las posiciones



pasivas y activas y la circulación del dinero. ¿Quién paga los ensayos clínicos? ¿Y los medicamentos? ¿Es igual si los paga el paciente, el Estado o el sistema de medicina prepago? Y yendo a las minucias de la vida cotidiana: ¿las cenas de la industria farmacéutica funcionan como las citas en las que los varones, los caballeros, pagan? Entonces la industria paga y los médicos varones o mujeres son invitados. Cuando los médicos decimos “no” a estas invitaciones, ¿agregamos “por quién me ha tomado”? ¿Y cuándo aceptamos? ¿Siempre, a veces, nunca?

Otra hipótesis con idénticas intenciones: medicamos como varones, pero nos dejamos pagar las cenas como (¿quién está libre de prejuicios?) ciertas mujeres.

¿Qué sucede con el género de nuestros pacientes? ¿Un varón homosexual es para la psicofarmacología un varón, una mujer, o alguna otra opción? Tiene biología de varón así que la respuesta es sencilla. Pero hay gente por allí diciendo que tiene cerebro diferente, o genes diferentes, y no sólo en las notas de divulgación de los diarios del día domingo sino en publicaciones tan serias que hasta están escritas en idioma inglés. ¿Y una mujer homosexual? En ese caso es aún más difícil: habrán notado que de ellas, en general, se dice menos. ¿Y los travestis, hombres vestidos de mujer, con nombre de mujer? A la hora de ver al psiquiatra ¿sus estructuras biológicas se verán tocadas por la experiencia de sus vidas? ¿Cuál de estas variables influirá más en la práctica médica: el desconocimiento de la biología, la cotidianidad de esa persona, los prejuicios frente a un integrante de un grupo fuertemente marginado? Los médicos ¿se preguntan por el modo de intervenir frente a las así llamadas por algunos minorías sexuales? Los derechos de los pacientes, así como las obligaciones de los médicos como ciudadanos y en su rol profesional en particular nos obligan a tratar igual a todo ser humano sin distinción alguna. Pero, ¿igual a quién? ¿A los varones occidentales de clase media urbana?

Relatemos ahora una pequeña viñeta clínica (cualquier parecido con la realidad...). Mujer joven, bella, atractiva, que despliega en la entrevista claros rasgos histriónicos. Consulta al psiquiatra porque se siente deprimida. Cuenta que acaba de regresar de unas vacaciones en una playa del norte del Brasil. Se siente sola. “Nada me llena”, dice refiriéndose a cierta desazón que no la abandona en los últimos tiempos. Respondiendo a una pregunta del entrevistador (varón, que para más datos no ha disfrutado aún de su merecido descanso a esa altura del mes de febrero), informa que en las vacaciones ha tenido relaciones sexuales con cinco partenaires diferentes, que en ningún caso esperaba un segundo encuentro con cada caballero, que pudo tomar los recaudos anticonceptivos e infectológicos adecuados y que fueron experiencias muy placenteras. ¿En dos semanas?, pregunta el profesional, abriendo aún más los ojos. En dos semanas, afirma la paciente. Conclusión: recibe el diagnóstico de trastorno bipolar, y sale de la consulta con una receta para comprar un estabilizador del ánimo que probablemente tomará por años. ¿El punto clave del diagnóstico del psiquiatra?: promiscuidad sexual, síntoma cardinal de la hipomanía. Está deprimida porque es bipolar; es bipolar porque pasó unas intensas y satisfactorias vacaciones tropicales.

En este pequeño y desalentador recuadro clínico hay tanta tela para cortar como agua en el océano. Quisiéramos dejar al lector pensando cómo habría procedido en un caso similar. Cómo procede diariamente frente a lo diferente a sí mismo o a lo conocido. Dónde se ubica, cómo clasifica, de qué modo intenta comprender y al mismo tiempo comprenderse. Cómo interviene tomando en cuenta todas estas variables. Cuántas cuerdas resuenan en su interior en cada encuentro con el otro, en este caso en posición de paciente.

Porque, y esta es una afirmación dicha sin dudas, de algo de eso se trata nuestro trabajo ■

La medicalización del sufrimiento femenino: el Trastorno Disfórico Premenstrual

Daniel Matusevich

Médico especialista en Psiquiatría. Hospital Italiano de Buenos Aires

Pedro Pieczanski

*Médico especialista en Psiquiatría. CEMIC -Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas "Norberto Quirno"
E-mail: pieczanski@gmail.com*

"I want to believe"

Chris Carter

Introducción

En este artículo intentaremos reflejar algunas de las tensiones y contradicciones existentes en nuestro campo de trabajo y de estudio con relación a la cuestión de género, tomando como eje articulador al llamado trastorno disfórico premenstrual (TDPM).

A través de la construcción y de la deconstrucción de dicho diagnóstico trataremos de ejemplificar las difi-

cultades que se le presentan a la psiquiatría a la hora de intentar definir o comprender "qué es aquella cosa llamada enfermedad mental" (Chalmers dixit), cuáles son sus condiciones de aparición y cuáles son sus condicionantes internos y externos en relación a la problemática de la existencia o inexistencia de una mirada que contemple la perspectiva de género.

Resumen

En este artículo intentaremos reflejar algunas de las tensiones existentes en nuestro campo con relación a la cuestión de género, tomando como eje al trastorno disfórico premenstrual (TDPM). Trataremos de ejemplificar las dificultades que se le presentan a la psiquiatría a la hora de intentar comprender lo que llamamos enfermedad mental y cuáles son sus condicionantes internos y externos en relación a una mirada que contemple la perspectiva de género. Desplegaremos dos aproximaciones diferentes. Primero narraremos la historia oficial del TDPM, la que cuentan las revistas médicas que toman en cuenta una vertiente positivista de evolución del conocimiento científico, que no considera a las cuestiones de género. Luego describiremos una aproximación crítica que no desdeña el modelo médico pero lo complementa con aportes provenientes de las ciencias sociales y así puede dar cuenta del sufrimiento femenino en toda su singularidad y amplitud, como sólo es posible a partir de utilizar la perspectiva de género aplicada a la psiquiatría. No podemos pretender que la mirada desde el género se despliegue completamente en el campo de la psiquiatría cuando en el conjunto de la vida social se registra una gran dificultad para que el concepto de género pueda visualizarse en diferentes áreas de la vida cotidiana.

Palabras clave: TDPM - Género - Perspectiva crítica en psiquiatría.

THE MEDICALIZATION OF FEMININE SUFFERING: PREMENSTRUAL DYSPHORIC DISORDER

Abstract

In this paper we'll try to show some of the tensions existing in our field related to gender issue, focusing on the premenstrual dysphoric disorder (PMDD).

We'll try to give some examples of the difficulties Psychiatry has when trying to understand what it is called a mental illness and which are its internal and external determinants from a gender perspective. We will display two different approximations. First of all, the official PMDD story will be narrated, the one told by medical journals, that basing on a positivist side of the scientific knowledge evolution, avoids gender issues. Then we'll describe a critical perspective, which far from denying the medical model it tries to complement it with social sciences contributions, so female suffering can be appreciated in its own singularity and extension. This only can be possible by including gender perspective in Psychiatry practice. We can't expect gender perspective to be fully spread out in the Psychiatry field when in the whole social life there is a big difficulty in visualizing gender concept among the different areas of every day life.

Key words: PMDD - Gender - Critical perspective in psychiatry.

En un trabajo anterior sostuvimos que la psiquiatría presenta un sesgo de género que abarca cuatro áreas fundamentales de su producción: la formación, la investigación, el entrenamiento médico y los tratamientos farmacológicos; dicho sesgo define las relaciones entre la disciplina y el colectivo femenino caracterizadas por un desconocimiento médico de una serie de cuestiones que se encuentran en la raíz del sufrimiento de las mujeres y que en un sentido amplio las podemos incluir dentro del gran capítulo de la desigualdad entre los sexos que se expresa mediante el fenómeno social conocido como discriminación (20).

Para llevar adelante esta tarea nos planteamos desplegar dos aproximaciones diferentes o desarrollar dos miradas distintas con el objeto de que el lector pueda ir armando su propio rompecabezas diagnóstico, al mismo tiempo que va recorriendo las diferentes concepciones de la enfermedad.

En primer lugar narraremos la historia oficial del TDPM; es aquella historia que se cuenta en las revistas médicas que se indexan en Medline y en otras bases de datos médicas, que son una fuente de consulta casi obligatoria por parte del "establishment psiquiátrico". Detallaremos los relatos que fueron cimentando los distintos cambios que sufrió la patología hasta llegar a ser lo que es hoy (para algunos) tomando en cuenta una vertiente exclusivamente positivista de evolución del conocimiento científico, que por supuesto para nada considera a las cuestiones de género.

En segundo lugar describiremos una aproximación crítica al TDPM. Ésta de ninguna manera desdeña al modelo médico pero inevitablemente lo complejiza y lo complementa con aportes provenientes de la filosofía, la antropología, la política, la filosofía y la sociología para, de esa forma, evitar caer en enfoques reduccionistas y así poder dar cuenta del sufrimiento femenino en toda su singularidad y amplitud, como sólo es posible a partir de utilizar la perspectiva de género aplicada a la psiquiatría.

No se nos escapa que las relaciones entre género y psiquiatría se desarrollan de manera conflictiva y poseen una naturaleza dinámica y cambiante; debemos tener en cuenta que nuestra disciplina y nuestra práctica profesional están ancladas en un contexto social que las influye de manera decisiva (20). No podemos pretender que la mirada desde el género se despliegue completamente en el campo de la psiquiatría cuando en el conjunto de la vida social estas cuestiones no han sido aun internalizadas, registrándose una gran dificultad para operativizar el concepto de género de manera que pueda visualizarse en diferentes áreas de la vida cotidiana tales como los colegios, las relaciones laborales o la política, entre otras.

Síntomas premenstruales: la historia oficial

"Si la historia la escriben los que ganan eso quiere decir que hay otra historia..."

Litto Nebbia

Historia

El inicio del reconocimiento y de la descripción del trastorno disfórico premenstrual (TDPM) es muy antiguo. Hipócrates, cuando no, describió un grupo de condiciones que ocurren previo a la menstruación en donde la mujer puede llegar a presentar hasta ideas de suicidio y otros síntomas severos (11, 26). Sin embargo, toda la historiografía contemporánea coincide en reconocer a Frank como el primero que detalló un conjunto de problemas premenstruales y publicó, en 1931, su trabajo en *Archives of Neurology and Psychiatry* (40). Consistía en la descripción de 15 mujeres que presentaban lo que él denominó Síndrome de Tensión Premenstrual. Frank plantea que existen tres grupos de mujeres:

- aquellas que tienen síntomas leves, como fatiga, lo que es considerado como normal;

- aquellas con enfermedades clínicas que presentan variaciones con el ciclo menstrual (ej. asma y epilepsia catamenial) ya sea en frecuencia, intensidad o aparición de nuevos síntomas;

- aquellas que experimentan Tensión Premenstrual, un trastorno emocional severo que sucede previo a la menstruación y que se presenta con suicidalidad, cambios en la personalidad y comportamiento imprudente, del que luego tienen remordimiento. Los síntomas desaparecen con el inicio de la menstruación (17).

Hasta el año 1953 en el cual Green y Dalton utilizan por primera vez el término síndrome premenstrual en la literatura médica (15), se fueron incorporando cada vez más síntomas a la lista de posibles síntomas vinculados al síndrome de tensión premenstrual. Se recomendaba que cualquier síntoma, y todos aquellos que varíen con el ciclo menstrual, sean considerados como tensión premenstrual (17). En su libro "El Síndrome Premenstrual", Dalton señala que "El SPM es la más común de las perturbaciones endocrinas, encontrándose con mucha frecuencia en la práctica médica general, debido al impacto de los cambios cíclicos y sus efectos sobre la paciente y el círculo familiar. Se infiltra en muchas especialidades médicas, por lo que el tema debería ser de gran interés para psiquiatras, endocrinólogos, ginecólogos, funcionarios médicos de la industria y el sistema carcelario".

En el año 1983 un consenso multidisciplinario del Instituto Nacional de Salud Norteamericano sobre síndrome premenstrual propuso los primeros criterios de investigación para este trastorno que años más tarde fueron adoptados por el DSM-III (11). En 1987 se definen criterios para el Trastorno disfórico del final de la fase lútea (11). En el DSM-III-R se incluyó en el apéndice como un "Trastorno mental no especificado" lo que abrió las puertas para profundizar su estudio (1). La tensión premenstrual fue incluida en las primeras versiones de la clasificación internacional de enfermedades (ICD) de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El DSM IV ya incluye el término moderno de TDPM dentro de los trastornos del estado de ánimo no especificados (2).

En 1998 un panel de 16 expertos evaluó la evidencia y planteó que el TDPM es una entidad clínica diferente

(12) y el comité asesor en neurofarmacología de la FDA apoyó las conclusiones de este panel (11).

La relación entre el TDPM y el Síndrome premenstrual aún es poco clara. Para la mayoría de los clínicos es un continuum de problemas premenstruales constituyendo el TDPM el estadio más severo; de hecho las mujeres con TDPM en la mayoría de sus ciclos presentan otros síntomas premenstruales severos (30).

Epidemiología

La incidencia varía ampliamente en la literatura y es de un 5% a 8% (40) para síntomas graves hasta un 90% si consideramos al síndrome premenstrual, que consiste en al menos un síntoma físico o emocional que se presenta en la fase premenstrual del ciclo (40). Algunos estudios sugieren que hasta un 20% de todas las mujeres en edad fértil tienen quejas premenstruales que pueden ser clínicamente relevantes (5). La edad de inicio más frecuente es en adolescentes y mujeres jóvenes que demoran varios años en consultar.

El 65% tiene un familiar de primer grado con un trastorno depresivo y un 40% de las mujeres que buscan tratamiento para SDPM refiere haber sido abusada sexualmente.

Etiología y Fisiopatología

Si bien la etiología del síndrome no es del todo conocida, existen varios estudios que apoyan diferentes hipótesis posibles. Debido a la asociación con los cambios del ciclo menstrual la mayoría de los autores coinciden en que la causa principal sería algún tipo de disfunción hormonal. Han sido involucrados niveles anormales de estrógenos, progesterona, FSH, LH, cortisol, andrógenos, hormonas tiroideas, opioides endógenos y serotonina (7).

En un estudio se administró estrógenos y progesterona en niveles fisiológicos a mujeres con y sin TDPM; aquellas que presentaban el trastorno desarrollaron síntomas depresivos (31).

Los andrógenos son otro grupo hormonal sobre el que se centra la investigación como etiología del TDPM. Se detectó que aquellas mujeres en las cuales la irritabilidad severa es el síntoma predominante, tienen niveles aumentados de testosterona (36). Se ha demostrado buena respuesta sintomática al tratamiento con antiandrógenos (16).

Neurotransmisión central

Debido a que los síntomas anímicos y conductuales son capitales en el síndrome premenstrual, deben existir mecanismos subyacentes que actúen sobre el cerebro; de hecho los esteroides sexuales atraviesan la barrera hemato-encefálica y se han detectado receptores para los mismos en varias áreas del sistema nervioso central vinculadas con la regulaciones de las emociones y las conductas (40).

Muchos investigadores plantean que los síntomas son

generados por la caída de las concentraciones de progesterona en la fase lútea tardía, lo que se vincula con una menor entrada de cloro por los canales de los receptores GABA A (37), aumentando la excitabilidad neuronal.

Más allá de los cambios hormonales, no hay duda de que la serotonina desempeña un papel destacado en la fisiopatología de este trastorno. Diferentes hallazgos en mujeres con síntomas premenstruales avalan esta aseveración (35, 40):

- Alteraciones en los transportadores de serotonina.
- Bajos niveles sanguíneos de serotonina.
- Menor recaptación de serotonina plaquetaria.
- Disfunción serotoninérgica (medida con marcadores).
- Los fármacos que estimulan la transmisión serotoninérgica, y no solo los ISRS, mejoran los síntomas.
- Una dieta sin triptofano, precursor de la serotonina, o el tratamiento con bloqueantes serotoninérgicos provocan la aparición de síntomas.

Un estudio de imágenes comparó el flujo sanguíneo cerebral durante ambas fases del ciclo en un grupo de mujeres con SPM versus otro grupo sin SPM. Se observó diferencias con disminución del flujo en los lóbulos temporales de las pacientes portadoras de SPM; esto podría estar relacionado con el trastorno anímico en estas pacientes (6).

Factores de riesgo

Dentro de los factores de riesgo para desarrollar el TDPM podemos incluir la duración no habitual de los ciclos menstruales ya que hay mayor incidencia en mujeres con ciclos más largos o más cortos que los habituales; antecedentes psiquiátricos, ya que se ha descrito mayor incidencia en aquellas con antecedentes de trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, trastorno de la personalidad, depresiones posparto, depresiones vinculadas a no poder quedar embarazada o trastorno por abuso de sustancias. Otros factores de riesgo son una historia de abuso físico o sexual (14) y una historia familiar de TDPM (7, 10, 17, 33). Desde una mirada genética y a partir de estudios en gemelos se sabe que los síntomas premenstruales tienen una alta heredabilidad, con una concordancia de un 56% en un estudio de 1000 gemelas (18).

Clínica

Las características principales en la clínica son 4: humor depresivo, irritabilidad, labilidad afectiva y ansiedad durante la última semana de la fase lútea en la mayoría de los ciclos menstruales durante 1 año que desaparecen con la llegada de la menstruación. Para realizar el diagnóstico de TDPM, debe haber un porcentaje igual o mayor al 30% de cambios entre fase folicular y lútea (4). Lo que predomina son los síntomas afectivos severos a los que se asocian síntomas físicos, como mayor sensibilidad en las mamas y embotamiento. La duración varía desde unos pocos días hasta 2 semanas, empeoran sustancialmente 6 días antes de la menstruación y el pico es 2 días previos al inicio de la misma (11, 21, 23). Es muy

común que el mismo patrón de síntomas se repita de un ciclo al otro.

Los síntomas generan una alteración en la funcionalidad de las pacientes, ya sea en el ámbito laboral como en el social o en el familiar.

Desde el punto de vista de la edad de las pacientes, a menor edad mayor severidad de los síntomas. El mayor nivel educacional se asocia con mayor sintomatología. Los síntomas aumentan en intensidad en mujeres con menor paridad y menor uso de anticonceptivos orales.

El diagnóstico no se realiza solamente con el interrogatorio sino que son necesarias herramientas específicas de medición. Éstas consisten en un registro que compa-

el tratamiento de forma inmediata. Si tomamos estrictamente los criterios diagnósticos del DSM-IV (Tabla 1), nos encontramos con un problema y es que muchas mujeres con síntomas premenstruales clínicamente significativos no llegan a cumplir los criterios diagnósticos. Es por esto que el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología definió el síndrome premenstrual moderado a severo; el criterio es al menos un síntoma, físico o psicológico, que genera disfuncionalidad y que sea confirmado por los cuestionarios prospectivos.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con patologías psiquiátricas y otras enfermedades médicas (ver Tabla 2) (7).

Tabla 1. Criterios diagnósticos para el TDPM del DSM IV TR (2).

<p>A. Cinco o más de los siguientes síntomas durante la mayor parte del día de la última semana de la fase lútea de la mayoría de los ciclos menstruales del último año, que empiezan a remitir dos días después del inicio de la fase folicular y que desaparecen completamente en la semana siguiente a la menstruación, teniendo en cuenta que al menos uno de estos síntomas debe ser alguno de los cuatro primeros:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estado de ánimo deprimido, sentimiento de desesperanza e ideas de autodesaprobación acusadas. - Ansiedad, tensión, sensación de agobio o de estar "al límite". - Labilidad emocional evidente (por ejemplo, ataques de tristeza, llanto o hipersensibilidad ante el rechazo). - Enfado, irritabilidad o aumento de conflictos interpersonales de forma acusada y persistente. - Pérdida del interés por las actividades cotidianas (por ejemplo, trabajo, escuela, amigos, aficiones). - Sensación subjetiva de dificultad para concentrarse. - Letargia, fatigabilidad fácil o falta evidente de energía. - Cambios significativos del apetito, atracones o antojos por determinadas comidas. - Hipersomnia o insomnio. - Sensación subjetiva de estar rebasada o fuera de control. - Otros síntomas físicos como hipersensibilidad o aumento del tamaño mamario, dolores de cabeza, molestias articulares o musculares, sensación de hinchazón o ganancia de peso. <p>B. Estas alteraciones interfieren acusadamente con el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o las relaciones interpersonales (por ejemplo, evitación de actividades sociales, disminución de la productividad y eficiencia en el ámbito laboral o académico).</p> <p>C. La alteración no representa una simple exacerbación de síntomas de otro trastorno, por ejemplo, trastorno depresivo mayor, trastorno de angustia, trastorno distímico o trastorno de la personalidad (si bien en ocasiones el trastorno disfórico premenstrual se añade a cualquiera de estos trastornos).</p> <p>D. Los criterios A, B y C deben ser corroborados por técnicas de valoración diaria y prospectiva de los síntomas en al menos dos ciclos sintomáticos consecutivos (El diagnóstico puede establecerse provisionalmente a la espera de dicha confirmación).</p>

ra síntomas presentes entre ambas fases del ciclo (lútea y folicular) y es necesario el registro diario de síntomas durante dos ciclos consecutivos. Los reportes retrospectivos tienen poca consistencia, por eso es necesario detectar los síntomas de forma prospectiva en al menos dos ciclos consecutivos. Es el único trastorno mental que requiere un registro de síntomas sistemático y de forma diaria. Sin embargo, aquellas mujeres con sintomatología severa podrían no tolerar una demora en el inicio del tratamiento farmacológico que lleva implícito este tipo de registros (40); en estos casos se debe considerar iniciar

La severidad del trastorno tanto en su sintomatología como en sus consecuencias funcionales disminuye con el tiempo y se ha asociado a mayor riesgo de desarrollar trastornos depresivos mayores.

Comorbilidad

La comorbilidad con otros trastornos del ánimo es de entre un 30% a un 70% (40); los trastornos de ansiedad también ocurren más frecuentemente en mujeres con SPM. Hay un aumento de la tasa de suicidio, internación

Tabla 2. Diagnósticos diferenciales del TDPM.

Trastornos Psiquiátricos	Enfermedad médica
Exacerbación premenstrual de trastornos mentales - Trastornos del estado de ánimo - Trastornos de ansiedad Ansiedad generalizada TOC - Trastornos somatomorfos - Bulimia nerviosa - Trastornos de personalidad	- Migraña - Epilepsia - Fibromialgia - Endocrinopatías - Lupus eritematoso sistémico - Endometriosis - Adenomiosis - Enfermedad inflamatoria pélvica - Infecciones ginecológicas - Intestino irritable

psiquiátrica y criminalidad durante la fase luteínica del ciclo menstrual (4).

Tratamiento

El tratamiento debe ser de menor a mayor de acuerdo a la gravedad de los síntomas. El manejo puede ser no farmacológico o farmacológico.

1. Tratamiento no farmacológico

Se incluye el incorporar un estilo de vida saludable: ejercicio, disminución de peso, reducir (y en lo posible eliminar) de la dieta las comidas saladas, el azúcar, la caféina, las carnes rojas y el alcohol (4) e incrementar el consumo de frutas, verduras y agua, regularizar el ritmo sueño/vigilia y evitar en la medida de lo posible situaciones estresantes en periodo perimenstrual. Es fundamental realizar una psicoeducación adecuada a la paciente y sus familiares sobre los síntomas ya que esto disminuye los sentimientos de culpa, vergüenza e impotencia (7). Las mujeres pueden reorganizar sus agendas y compromisos para disminuir el estrés en la semana previa a la menstruación.

Además de los efectos que logra la psicoeducación ya relatada, la psicoterapia cognitivo-conductual logró similar eficacia que 20 mg de fluoxetina pero la respuesta fue más lenta aunque más sostenida en el tiempo (25); otras opciones son las terapias de relajación y las técnicas de manejo del estrés (7).

2. Tratamiento farmacológico

Una gran variedad de tratamientos farmacológicos reducen los síntomas del trastorno disfórico premenstrual. Las estrategias de tratamiento se basan en uno de tres objetivos:

- Aliviar los síntomas
- Modificar un posible desbalance bioquímico
- Suprimir la ovulación

Diversos ensayos clínicos controlados evaluaron la eficacia de los IRSS para el manejo del síndrome premenstrual o del TDPM (39) con una tasa de respuesta de entre un 60-90%. La Fluoxetina fue el primer fármaco en ser aprobado por la FDA para este trastorno. Otros IRSS, como paroxetina, citalopram, sertralina y escitalopram

también mostraron buenos resultados, lo mismo que la clomipramina y la venlafaxina (40). Otros antidepresivos también impresionan mejor los síntomas; entre estos se incluyen la nortriptilina, nefazodona y el bupropion. Si bien hay algunos estudios que muestran que el uso intermitente de fluoxetina durante los 12 a 14 días premenstruales es eficaz, existe consenso en que el tratamiento debe ser continuo. Los antidepresivos se mostraron eficaces tanto para los síntomas anímicos como para las quejas somáticas y también mejoran la calidad de vida y el funcionamiento social (24, 34). Muchos piensan hoy que los IRSS deberían ser la primera línea de tratamiento cuando hay síntomas anímicos predominantes. Si los síntomas predominantes son la ansiedad el aprazolam o la buspirona son buenas opciones (7), siempre y cuando no existan antecedentes de abuso de sustancias (para el alprazolam) y si se disminuye gradualmente luego del inicio de la menstruación.

Aquellas pacientes que presentan letargo, disminución de la concentración, e hiperfagia, pueden beneficiarse del uso de la dextroamfetamina durante los días en que se encuentran sintomáticas (7). En la Tabla 3 se describen otras aproximaciones farmacológicas disponibles para el tratamiento del TDPM.

La historia paralela (un relato sociopolítico de los síntomas premenstruales)

"Gira inexorable el otro engranaje"

Jorge Drexler

En 1931, durante los años de la Gran Depresión, el médico ginecólogo americano Robert Frank publicó un artículo en el cual detalló lo que él dio en llamar "tensión premenstrual". Describió que algunas de sus pacientes se sentían tensas e irritables, inestables emocionalmente, asociado todo esto con crisis de llanto, teniendo actitudes y conductas "tontas o sin sentido", cuadro que se desarrollaba previamente al periodo menstrual.

Si bien ya desde la antigua Grecia predominaba la creencia de que las mujeres eran impredecibles y dema-

Tabla 3. Otros tratamientos farmacológicos para el TDPM.

Fármaco	Beneficio
Vitaminas y minerales - Calcio 1.200 mg/d - Vitamina B6 > 50 mg/d (cofactor en la síntesis de neurotransmisores)	Reducción de síntomas del TDPM
Hormonas femeninas - Progesterona y progestágenos sintéticos* - Estrógenos subcutáneos o transdérmicos	Resultados positivos para tratamiento de síntomas físicos y psicológicos. No se demostró para los estrógenos administrados por vía oral
Danazol (andrógeno sintético)**	Reduce la irritabilidad, depresión, ansiedad, edemas, y tensión mamaria. Sus principales efectos adversos son el acné, el aumento de peso y el hirsutismo
Agonistas del GnRH (Leuprolide)***	Similares a los del danazol
Diuréticos -Espironolactona	Para la retención de fluidos. Aquellas mujeres que no presentan edemas no se benefician con el tratamiento con diuréticos del TDPM (CG)
Ácido mefenámico	Alivia el dolor por inhibir la síntesis de prostaglandinas. No son útiles para los síntomas psicológicos, principalmente los afectivos
Anticonceptivos orales	Muy efectivos en síntomas físicos, aliviando tensión mamaria, dolor y edema, no siendo el efecto tan categórico sobre la disforia, la irritabilidad y las ideas suicidas

* Se basan en la premisa de que los síntomas premenstruales son el resultado de los cambios endocrinos del ciclo menstrual; el racional es que la caída de progesterona en la fase lútea ha sido implicada como la etiología del TDPM. Este es el tratamiento hormonal más utilizado para el tratamiento del TDPM. Sin embargo, los ensayos clínicos controlados fallaron en demostrar superioridad al placebo (3 CONCISE GUIDE).

** Suprime el eje hipotálamo-hipófiso-gonadal y genera anovulación.

*** Llevan los estrógenos a niveles menopáusicos con el riesgo de osteoporosis, enfermedades vasculares, calores y demás síntomas de déficit estrogénico, por lo que no deben ser considerados como de primera línea para el tratamiento de TDPM.

siado frágiles para llevar adelante ciertas tareas, Frank fue el primero en utilizar a la menstruación como base científica para explicar algunos comportamientos femeninos, reemplazando elementos religiosos o de superstición por aquellos que provenían directamente del mundo de la medicina. De esa manera logró legitimar a través de enfermedades o síntomas la exclusión femenina de los diversos espacios de poder y de decisión. Chrisler y Caplan sostienen que la inserción de las mujeres en el mundo laboral siempre se caracterizó por complejidades y dificultades; de alguna manera, argumentan las autoras, la noción de tensión premenstrual aporta una razón médica que avale o justifique un motivo por el cual mantenerse fuera del mercado laboral, espacio masculino por antonomasia (8).

En el año 1964 la médica endocrinóloga inglesa Katharina Dalton acuñó el nombre Síndrome Premenstrual. Este diagnóstico amplió notablemente la cantidad de signos y síntomas que las mujeres pueden experimentar antes del periodo menstrual y que se los considera parte de esa entidad. ¿Cuál era el contexto sociopolítico cuando esta autora comenzó con sus publicaciones? El primer trabajo apareció en 1950, coincidiendo con

el regreso a sus hogares de los veteranos de la segunda guerra mundial. En esa circunstancia era fundamental ampliar la oferta de trabajo para la gran masa de hombres que volvía a las ciudades, algunos de los cuales habían sido reemplazados por mujeres.

El nuevo nombre constituyó un gran paso en el proceso de medicalizar los ciclos menstruales. Instaló la creencia de que los ciclos son en sí mismo un problema que debe ser resuelto. El pasaje de la tensión premenstrual al Síndrome Premenstrual es un movimiento no sólo fundamental, sino fundacional; la palabra síndrome produjo un efecto de seriedad y la comunidad médica comenzó a prestarle atención a la entidad naciente que amenazaba la salud de las mujeres (8).

Dalton no solo escribió libros y artículos que se publicaron en revistas científicas, sino que fue además la encargada de garantizar la visibilidad social del síndrome publicando un libro de divulgación y artículos en diferentes revistas para el público en general. García Porta plantea que la médica inglesa fue una de las pioneras en defender el tratamiento del SPM en clínicas especializadas en base a la administración de progesterona durante la fase premenstrual del ciclo; este tratamiento, doloroso

so y de dudosa fiabilidad, adquirió gran popularidad en los 80, época en que la doctora fue aclamada y tratada como una estrella hasta por algunos grupos feministas que criticaban la medicalización de los procesos normales de la mujer, diferenciando entre procesos normales y cuestiones reales de salud, generalmente silenciadas por la corporación médica (13).

Diversos grupos feministas sostuvieron que el Síndrome Premenstrual era un problema médico del mismo tenor que la osteoporosis o la dismenorrea, y como tal necesitaba atención médica y políticas e intervenciones activas del sector sanitario.

Una de las críticas más sistemáticas a Dalton fue la realizada por la socióloga Sophie Laws. Esta autora en ningún momento niega la existencia de las experiencias premenstruales, pero se opone a que dichas experiencias sean parte de un síndrome o constituyan una enfermedad. Plantea que son manifestaciones de la mujer como ser humano y como tal no pueden ser consideradas un trastorno. Las experiencias premenstruales no siempre estuvieron descritas como una enfermedad por lo que se pregunta agudamente cuál es el motivo por el cual fueron narradas como enfermedades en el siglo XX y quién o quiénes se benefician con dicha narración (19).

Para Laws es un doble beneficio: por un lado, el modelo patriarcal que se sostiene a través del mantenimiento de las mujeres en la casa como única forma posible de ser parte de una sociedad diseñada a la medida de los hombres. Por el otro, la industria farmacéutica, ya que la medicalización y la (psico) patologización de los eventos reproductivos normales abrió un mercado de dimensiones incalculables (13, 19).

Es fundamental en la contextualización de la aparición de este síndrome, remarcar que el interés en el mismo surgió en paralelo al desarrollo del movimiento de liberación de la mujer. Acordamos entonces con García Porta cuando plantea que los problemas femeninos debían volver a ser ubicados en sus propios cuerpos y no en el exterior, en las relaciones sociales de poder, que surgían como una causa importante de los orígenes de dichos problemas.

Vale la pena relatar aquí dos episodios que contribuyeron de manera significativa a que el Síndrome Premenstrual se instalara de manera definitiva en la cultura (norte) americana. El primero de ellos sucedió en Inglaterra donde en dos juicios por asesinato, el "padecimiento" de un Síndrome Premenstrual fue utilizado por la defensa y aceptado por los jueces como un atenuante para disminuir la pena y el grado de responsabilidad de las acusadas.

Una de ellas tenía una larga historia de enfermedad mental y antecedentes criminales previos que incluían actos de gran violencia; la otra, que hoy sería descrita probablemente como una persona con un trastorno de estrés post-traumático, era una mujer violada que asesinó a su amante atropellándolo con el auto después de una discusión.

Los juicios recibieron una amplia cobertura mediática y la prensa introdujo el concepto de Síndrome Premenstrual y con ello la noción de que amables y tranquilas

mujeres pueden transformarse en peligrosos criminales en caso de que queden a merced de sus fluctuaciones hormonales. Chrisler y Caplan cuentan que uno de los abogados defensores describió a su cliente como padeciendo un típico caso de "Dr. Jekyll y Mr. Hyde" ya que sin las inyecciones de progesterona para controlar sus síntomas premenstruales el "animal oculto" en ella no tendría más remedio que salir a la luz (8).

Poco tiempo después de estos acontecimientos un comité de psiquiatras de los Estados Unidos definió un nuevo cuadro conocido como trastorno disfórico del final de la fase lútea y planteó su incorporación al DSM-III-R, produciéndose a partir de ese momento la psiquiatrización definitiva de los síntomas premenstruales. La comunidad feminista protestó de manera unánime, lo mismo que muchos miembros de la propia Asociación Americana de Psiquiatría, quienes objetaban dicho diagnóstico tanto desde el punto de vista científico como desde el político; a pesar de las protestas (o debido a ellas) fue incluido en el apéndice del manual diagnóstico, junto con otras categorías que debían seguir siendo estudiadas.

Es importante avanzar en la comprensión de cómo se estableció esta categoría para poder pensar con más detalle en la construcción de algunas de las llamadas enfermedades mentales. Para ello citaremos algunos hechos trascendentales que determinan una importante limitación metodológica que no siempre es mencionada en los artículos que se ocupan de estos temas (3). Por un lado, la mayor parte de la investigación en relación a los síntomas premenstruales fue realizada en países occidentales que comparten gran cantidad de rasgos culturales. Por otro, la gran mayoría de las mujeres incluidas en los estudios eran europeo americanas de clase media o media alta, estudiantes o casadas, entrevistadas en hospitales de universidades o clínicas obstétricas privadas, lugares a donde las mujeres de bajos recursos no tienen acceso. En una investigación realizada en los Estados Unidos, las quejas menstruales más severas provenían de mujeres católicas practicantes estrictas y de mujeres judías ortodoxas, ambos grupos caracterizados por adherir fuertemente a los modelos de género tradicionales (22).

¿Cómo se construye una opinión pública que presione para recibir atención para una enfermedad nueva? Vale la pena detallar el análisis realizado por Chrisler y Levy acerca de varios artículos que aparecieron en la prensa popular acerca del Síndrome Premenstrual entre los años 1980 y 1987. Es claro cómo adquiere una gran preeminencia la hipótesis etiológica bioquímica de los síntomas premenstruales y la sugerencia de que los cambios hormonales pueden transformar a mujeres comunes en monstruos. Algunos títulos de los artículos revisados son "Dr. Jekyll y Mr. Hyde", "Frenesí Premenstrual", "Miseria Premenstrual", "Una vez al mes soy una mujer poseída"; las autoras concluyen afirmando que las imágenes de mujeres violentas y fuera de control se diseminaron por toda la cultura occidental, todas las mujeres eran retratadas como poseídas por sus hormonas y por lo tanto eran vistas como una potencial amenaza (9).

En el año 1993 el subcomité del DSM IV encargado

TDPM plantea que si bien el 75% de las mujeres refieren síntomas premenstruales aislados o menores sólo entre el 3% y el 5% experimentan síntomas que reúnen los criterios de Trastorno Disfórico Premenstrual. Es de fundamental importancia comprender que la “desemejización” de los síntomas de tensión premenstrual constituyó la puerta de entrada al universo psiquiátrico del padecimiento femenino asociado a los ciclos menstruales.

La importancia de la inclusión de este diagnóstico en el DSM no debe ser de ninguna manera subestimada ya que para gran parte de la comunidad psiquiátrica mundial la presencia de un cuadro psiquiátrico en el manual clasificatorio americano garantiza su existencia como tal, así como la ausencia de un deter-

minado diagnóstico define la inexistencia o la inexactitud del mismo; dicho en otras palabras, si vemos o encontramos algo que no figura en el DSM seguramente estamos viendo mal o estamos equivocados.

Como señal de alarma frente a ese estado de las cosas, en el mismo año 1993, Paula Caplan y un grupo de colegas organizaron una campaña en contra de la inclusión del TDPM en el DSM a través de correspondencia que dirigieron a la Asociación de Psiquiatras Americanos, a psiquiatras independientes y al público en general; reproducimos el contenido textual de la carta debido a que ejemplifica palmariamente la complejidad de la cuestión que estamos tratando y la gran cantidad de aristas políticas que posee el tema¹.

Joseph T. English
Presidente
American Psychiatric Association
1400J Street, NW
Washington

Querido Dr. English:

Esta carta es en protesta por la decisión de la APA de incluir al Trastorno Disfórico Premenstrual en el DSM.

Los argumentos en contra de incluirlo son los siguientes:

1. No existe una base empírica para dicha categoría: como Mary Brown Parlee, Anne Fausto-Sterling, Paula Caplan, Joan Curdy-Myers y Maureen Gans documentaron, se han realizado una gran cantidad de estudios pero la mayoría tienen defectos profundos y de ninguna manera constituyen evidencia de que dicho desorden verdaderamente exista. En efecto, el subcomité del DSM encargado de estudiar los síntomas premenstruales alcanzó un impasse acerca de si debe ir incluido o no en el texto, y tomo la curiosa decisión de preguntarle a otras dos personas para que revisen las investigaciones y decidan que se debe hacer.

2. Esa categoría implica consecuencias sociales y políticas peligrosas para las mujeres:

- En entrevistas de trabajo, procedimientos legales de custodia de hijos u audiencias de competencia sobre la salud mental a las mujeres se les podrá preguntar, “¿fue usted diagnosticada como teniendo un trastorno disfórico premenstrual?”.

- No existe una categoría equivalente para los hombres, no existen evidencias de que a los cambios en el humor y en el comportamiento de los hombres que resulten de las variaciones en las “hormonas masculinas” se les vaya a dar o a poner la etiqueta de enfermedad mental (ej. desorden agresivo basado en la testosterona).

3. Esta categoría implica daños económicos para las mujeres:

- Robert Spitzer, chair de la task force del DSM, reconoció en una conferencia de prensa que los psiquiatras no tienen un tratamiento efectivo para los síntomas premenstruales, entonces la primera consecuencia de esta categoría será patologizar a las mujeres, aumentar el ingreso de los médicos que lo diagnostiquen y después lo traten, además de vaciar los fondos de las aseguradoras de salud.

- Será más difícil para las mujeres conseguir y conservar sus empleos.

Mi recomendación:

- Omitir totalmente este diagnóstico del DSM.

- Dejar TDPM en el apéndice del DSM IV como una categoría provisional que requiere posterior investigación.

Sinceramente

¹ Tomado de Sadler JZ. Sex & Gender. En: Sadler JZ (ed.). Values and Psychiatric Diagnosis (International Perspectives in Philosophy and Psychiatry). USA: Oxford University Press: 2004; p. 203-250.

Así como nunca quedó bien establecida la causa o la cura del Síndrome de Tensión Premenstrual, tampoco quedó bien establecido quiénes eran los especialistas mejor capacitados o calificados para tratar a estos pacientes; ginecólogos, urólogos², endocrinólogos, nutricionistas y por último psiquiatras fueron los encargados de aliviar el sufrimiento de las pacientes aquejadas por esta enfermedad. La inclusión del TDPM en el DSM avaló la necesidad de encontrar un psicofármaco que pudiera ser aplicado a los diferentes síntomas que constituían la enfermedad y es ahí donde comienza a ser parte de esta historia la fluoxetina (Prozac).

Chrisler y Caplan relatan detalladamente la estrategia llevada adelante por el laboratorio Eli Lilly para conseguir la aprobación del Prozac por la FDA para esta nueva indicación, debido a que la patente de dicho fármaco estaba por expirar y era fundamental demostrar la efectividad de la droga en una enfermedad diferente de la depresión, para de esa forma poder evitar por un tiempo la distribución de formas genéricas de la misma (8).

El laboratorio rápidamente cambia el envase del prozac agregándole colores rosa y púrpura además de modificar el nombre por el de "Sarafem" que tiene reminiscencias bíblicas ya que Sara era la mujer buena y esposa ideal del Antiguo Testamento.

Lo fundamental del TDPM pasan a ser los aspectos depresivos ya que para eso sirve la fluoxetina, para tratar depresiones, mas allá de que la indicación aprobada por la FDA haya sido otra. La construcción de un nuevo modelo de depresión cumple la doble función de permitir la perpetuación de una patente y de identificar claramente a las mujeres aquejadas de síntomas premenstruales como depresivas.

Dos controversias más surgen en relación con el diagnóstico y el tratamiento de estos trastornos. Uno es el hecho inédito de que el TDPM es el único diagnóstico en psiquiatría donde no basta la realización de un interrogatorio y la confección de una historia clínica adecuada para su diagnóstico; no se termina de confiar en lo que dicen las mujeres, se necesitan datos prospectivos de los ciclos menstruales por venir. El punto vinculado con el tratamiento es que Europa no ha aprobado a los IRSS como tratamiento para el TDPM. No se ha llegado a un consenso sobre el diagnóstico de estas entidades y la EMEA (Agencia Europea del Medicamento) revocó la indicación que se había otorgado para esto a la fluoxetina en cuatro países europeos (40).

Este estado de las cosas atribuye los problemas de las mujeres a sus variaciones hormonales y deja de lado cualquier tipo de consideración que tenga en cuenta a las circunstancias sociales que las rodean. El diagnóstico puede llegar a resultar atractivo para muchas mujeres dado que de alguna manera podría llegar a justificar cierto grado de opresión femenina y una relativa falta de desarrollo humano y profesional. García Porta cita a Nicolson cuando sostiene que de esa forma "las mujeres pueden atribuir su subordinación y opresión a un esta-

do objetivo, identificable, predecible y potencialmente curable en lugar de atribuirlo a las relaciones de poder de género"(13).

Resumiendo, John Sadler considera algunas de las cuestiones centrales en torno al TDPM que vale la pena puntuar (29):

- Tiene escaso soporte científico.
- Tiene consecuencias socio-legales directas sobre las mujeres.
- Tiene consecuencias políticas directas sobre las mujeres.
- Tiene consecuencias económicas directas sobre las mujeres.
- Tiene un "sesgo de género" en su definición.
- Tiene un trasfondo ideológico sexista.

Diagnóstico/Antidiagnóstico

"No hay muchos médicos que sepan diagnosticar bien; ello no se debe a que carezcan de conocimientos sino a que son incapaces de comprender todos los datos posiblemente relevantes, no sólo los físicos, sino también los emocionales, históricos y medioambientales. Buscan una afección concreta en lugar de buscar la verdad sobre el hombre, lo que podría sugerirles varias."

John Berger

El objetivo de describir las dos historias es permitirle al lector desarrollar un pensamiento crítico en relación a cómo se construyó/descubrió el trastorno disfórico premenstrual; se debe considerar que el pensamiento crítico es el antídoto ideal para evitar caer en visiones reduccionistas de la realidad.

El primer modelo desarrollado, de corte biomédico o positivista, deriva de la conceptualización original de Frank y encuentra como factor etiológico a una disfunción biológica a partir de la cual se monta un síndrome; es fundamental tener en cuenta que este modelo no toma en cuenta para nada a la perspectiva de género sino que considera a lo femenino como una cuestión puramente sexual (sexo femenino) afectada por un padecimiento de tipo mecanicista, totalmente alejada de cualquier valoración sociopolítica.

El segundo modelo, al que podemos denominar psico-socio-antropológico, considera la construcción social del trastorno disfórico premenstrual y se pregunta por qué durante el siglo XX los cambios asociados a la ovulación se transformaron en intolerables para las mujeres y para la cultura que ellas significan. García Porta plantea que la cultura es la encargada de determinar qué grupos de signos y síntomas son reconocidos como una enfermedad, de forma tal que experiencias similares serán descritas como enfermedad en ciertas culturas pero en otras no (13).

Mari Rodin afirma que mientras que las experiencias premenstruales son reales, su construcción como enfermedad es estrictamente cultural. Esta atractiva hipótesis

² En la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE), estas afecciones aparecen dentro de Enfermedades del Aparato Genitourinario. Ver ICD-9.

se sostiene en los sucesivos fracasos a los que ha arribado el modelo médico al tratar de identificar una causa biológica a pesar de que ya lleva más de sesenta años de infructuosos intentos. Rodin se pregunta por qué la investigación médica aumenta en lugar de decrecer y dar lugar a otro tipo de teorías (26).

No se trata de caer en análisis feministas extremos que han llegado a asegurar que los síntomas premenstruales no existen o que solamente son una expresión de la angustia femenina debido a la opresión que padece en la sociedad capitalista; de ninguna manera se puede ignorar el sufrimiento de un gran número de mujeres diciéndoles que lo que padecen es una fantasía sino más bien en pensar alguna posibilidad de ayuda que evite caer en las trampas tendidas por el positivismo biomédico.

En referencia al modelo biomédico, sus carencias, sus limitaciones y la falta de perspectiva de género que lo caracteriza, nos parece adecuado desarrollar la visión de John Sadler con respecto a este tema. En su artículo "Diagnosis/Antidiagnosis" plantea que el fenómeno de la crítica y hasta el rechazo al diagnóstico en salud mental es un hecho relativamente reciente en la historia de la medicina y la psiquiatría (28).

Sostiene que para entender la controversia en torno al diagnóstico en psiquiatría es fundamental entender la peculiar ambigüedad de lo que llamamos trastornos mentales. Para esto propone cierto marco contextual que diferencia claramente a las enfermedades mentales del resto de las patologías:

- La estigmatización padecida por quienes sufren trastornos mentales.
- La ambigüedad que poseen las enfermedades mentales en relación con la responsabilidad personal y la voluntad del paciente.
- La relación entre el yo y la enfermedad mental.
- Cómo son valorados los trastornos psiquiátricos y sus síntomas.
- El poder social que tienen los psiquiatras.

El diagnóstico, que es un procedimiento clínico cotidiano, universal y sin discusión en otras áreas de la medicina, en esta especialidad se vuelve un instrumento del poder social; es, para los médicos, el distinguir una enfermedad de otra y el determinar la naturaleza de un padecimiento.

Sadler agrupa las críticas conceptuales que se le han hecho al proceso diagnóstico en psiquiatría en cinco grandes temas que podemos aplicar al TDPM:

1. *Etiquetado* (labeling): el origen de este primer concepto se lo debemos a la sociología. En la década de 1960 diferentes sociólogos enfatizaron el rol que tiene en la regulación social el etiquetado. El etiquetar a personas, por ejemplo como enfermos mentales, suplementó e incluso suplantó, la función de regulación de las desviaciones que tienen otros mecanismos sociales de regulación, como las leyes, la educación o las agencias gubernamentales. La psiquiatría se convirtió en el paradigma de esas instituciones regulatorias suplementarias. Esta crítica se ha hecho extensiva a los actuales sistemas de clasifi-

cación donde la proliferación de los trastornos mentales sumados a su amplio uso y a la aceptación pública de estas clasificaciones se interpreta como una agenda social hegemónica en expansión para regular aquello que se desvía de lo habitual. En relación con el síndrome premenstrual podemos plantearnos que no es siquiera una desviación de la normalidad. Nadie puede pensar que algo que le ocurre, según estudios epidemiológicos, a un porcentaje de entre 90% y 100% de las mujeres sea una enfermedad, sin embargo la confusión entre conceptos persiste en la mente de los profesionales y de la gente en general (29). El etiquetado cae dentro de el marco más general que brinda la estigmatización: el TDPM puede traer consecuencias políticas dañinas al convertirse en una calumnia difamatoria para una candidata política y se enmarca dentro de la triste estigmatización que tienen aún hoy día los trastornos mentales. ¿Quién puede votar a alguien que 7 días al mes se convierte en un ser inestable, irracional y que toma decisiones y tiene comportamientos "tontos"? En nuestra época ya se ha comenzado a plantear que la normal declinación de la testosterona que se produce en los hombres a medida que envejecen, es en si una enfermedad. Siguiendo los pasos del TDPM ya se lo ha denominado Deficiencia de Andrógenos en el Hombre Adulto, más conocida como ADAM por sus siglas en inglés Androgen Deficiency of the Adult Male.

2. *Medicalización*: la medicalización se refiere a cómo fenómenos humanos complejos son articulados y reducidos a términos de la medicina y de la clínica. Cada vez más y más dominios de la experiencia y del comportamiento humano están siendo unidos a su respectiva "psicopatología". Se transforma en una "diagnosticación" y clasificación de la vida en si misma. Las críticas abarcan desde plantear a la psiquiatría como una suerte de imperialismo cultural, una herramienta de la colonización, un factor de represión de la mujer y de sus derechos, o simplemente la expresión de capitalismo a través de la expansión del mercado de salud. Como ejemplo vale el TDPM. Si tomamos la complejidad personal, cultural, biológica y política del fenómeno de la menstruación y nos focalizamos en su lugar en el TDPM, ya hemos redefinido este fenómeno y lo hemos convertido en uno epistemológico, político, ontológico e implícitamente cargado de valoración y de teoría, uno que es explícitamente médico como su centro conceptual. Hemos medicalizado a la menstruación. Es importante destacar que la medicalización es un proceso social, que excede lo médico, y que ni siquiera requiere el involucramiento activo de los médicos.

3. *Reduccionismo*: en filosofía de la ciencia, el reduccionismo es el proceso epistemológico mediante el cual fenómenos complejos se interpretan en términos simples y sencillos. En el diagnóstico psiquiátrico implica una connotación negativa donde fenómenos sociales y personales complejos como la depresión se interpretan en poco más que una deficiencia de serotonina (28). El focalizar en elementos simples, generalizables ayuda a deshumanizar y transformar a los sujetos en objetos teó-

ricos y no en colaboradores del tratamiento. El diagnóstico silencia el diálogo y la discusión y facilita la instalación de estructuras de poder (ver próximo punto).

4. *Poder*: mucho se ha escrito acerca del poder psiquiátrico. Quizás sea Thomas Szas quien mejor cuenta ha dado del tema cuando compara la ideología psiquiátrica con la ideología tradicional de la teología cristiana en la introducción de *Ideología y enfermedad mental*. Nos dice el mismo Szas "...en lugar de nacer pecador el hombre nace enfermo. En lugar de ser la vida un valle de lágrimas es un valle de enfermedades. Y así como en su trayectoria desde la cuna hasta la tumba el hombre era antes guiado por el sacerdote, ahora es guiado por el médico. En síntesis: mientras que en la Era de la Fe la ideología era cristiana, la tecnología era clerical y el experto era un sacerdote, en la Era de la Locura nos encontramos con que la ideología es médica, la tecnología es clínica y el experto es un psiquiatra" (38). En relación con el TDPM, el poder del que se trata es un poder de género. El diagnóstico de TDPM trae consecuencias sociales y legales peligrosas para las mujeres. En el caso del SPM ya hay jurisprudencia internacional. En Francia se lo consideró una forma de insania legal por muchos años y en UK los jueces lo han aceptado como un atenuante (29). En EE.UU. como una defensa para los abogados. Si bien esto puede ayudar a un pequeño grupo de mujeres que cometió algún crimen a conseguir beneficios legales, la mayoría de las mujeres plantea su preocupación en relación con un uso más utilitarista (29). Tener un diagnóstico oficial de un trastorno premenstrual puede entorpecer el progreso femenino basado en la igualdad de género, reforzando el estereotipo femenino de la irracionalidad, la violencia, etc. Como plantea Mulligan, citado por Sadler, las mujeres deben ser desconfiadas con cualquier teoría que alimente la percepción pública de que se vuelven locas una vez al mes.

5. *Valores*: la tendencia actual en la evaluación filosófica de los diagnósticos en psiquiatría se basa en el análisis y la crítica de los valores personales (o de un grupo) involucrados en el diagnóstico y la clasificación psiquiátrica. Los valores determinan qué es relevante desde el punto de vista práctico (o sea qué es lo que el clínico ve o no ve), qué evidencia clínica es significativa, los criterios de enfermedad, la credibilidad de un proceso diagnóstico y las prioridades a la hora de diseñar un manual de

clasificaciones; resumiendo la cuestión, para Sadler los "valores" reflejan el rango de preferencias, predilecciones, estimas y predisposiciones a actuar. La Psiquiatría es una especialidad cargada de diferentes valoraciones y donde los valores personales son esenciales debido a que su objeto de trabajo son aquellas áreas de la experiencia humana, del comportamiento, de las emociones, de los deseos y de la voluntad, donde los valores son bien diversos. En diferentes lugares se ha discutido sobre los sesgos de género del DSM al tomar como normal una psicología subyacente masculina, o negar el contexto social y sexista en los diagnósticos; sin embargo, en relación con el tema de los valores, el manual tiende a valorizar como positivos rasgos tradicionalmente masculinos y patologizar rasgos típicamente femeninos (29). Por ejemplo, la salud está más vinculada a la competitividad o a la productividad, en lugar de a la dependencia. Una discusión muy importante se planteó en relación con el *self-defeating personality disorder* que finalmente no fue incluido en la clasificación; pero este tema, excede este trabajo. A partir de los valores existen consecuencias de los mismos. Estas consecuencias pueden surgir a partir de una clasificación o teoría y también están cargadas de valores (27). Partiendo de un descubrimiento desarrollado inocentemente pueden surgir consecuencias morales profundas. Algunas de estas que pueden surgir en relación con el diagnóstico de TDPM han sido expuestas previamente.

Roger Shattuck plantea que hay diferentes tipos de "pensamientos dudosos" y que sería mejor evitarlos tanto para los individuos como para las sociedades (32) ya que traen consecuencias negativas. Uno de ellos se relaciona con el problema del TDPM y es el conocimiento ambiguo. En este tipo de conocimiento lo que sabemos se contradice a sí mismo y nos confunde volviéndose en lo contrario. Para Sadler este tipo de conocimiento es ambivalente, puede ser tanto positivo como negativo, bueno como malo. Para el llamado TDPM el deseo de morigerar el sufrimiento de una paciente fácilmente puede volverse en conductas misóginas. Lo que puede ayudar el diagnóstico en una consulta individual, puede volverse socialmente como una herramienta que sustenta el mito de la irracionalidad en todas las mujeres. Y es evidente que uno no puede suprimir la imagen negativa; una vez que la sociedad la visualiza, tiene vida propia ■

Referencias bibliográficas

1. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-III-R. USA: American Psychiatric Publishing; 1987.
2. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders dsm-iv-tr USA: American Psychiatric Publishing; 2000.
3. Blume E. Premenstrual syndromes, depression linked. *JAMA* 1983; 249 (21): 2864-2866.
4. Bocchino S. Salud mental de la mujer: Síntomas y trastornos premenstruales. Clínica y tratamiento. *Revista Psiquiatr Urug* 2004; 68 (1): 78-89.
5. Borenstein JE, Dean BB, Endicott J, Wong J, Brown C, Dickerson V, et al. Health and economic impact of the premenstrual syndrome. *J Reprod Med* 2003; 48 (7): 515-524.
6. Buchpiguel C, Alavi A, Crawford D, Freeman E, Newberg A. Changes in cerebral blood flow associated with premenstrual syndrome: A preliminary study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2000; 21 (3): 157-165.
7. Burt VK, Hendrick VC. Premenstrual dysphoric disorder. En: Hales RE (ed.). *Women's mental health*. Washington:

- American Psychiatric Press, Inc;1997. p. 11-24.
8. Chrisler JC, Caplan P. The strange case of dr. Jekyll and ms. Hyde: How pms became a cultural phenomenon and a psychiatric disorder. *Annu Rev Sex Res* 2002; 13: 274-306.
 9. Chrisler JC, Levy KB. The media construct a menstrual monster: A content analysis of pms articles in the popular press. *Women Health* 1990; 16 (2): 89-104.
 10. De la Gándara J. Trastorno disfórico premenstrual. En: Leal Cercos C (ed.). *Trastornos depresivos en la mujer*, 1ra ed. Barcelona: Masson; 1999. p. 49-73.
 11. Endicott J. History, evolution, and diagnosis of premenstrual dysphoric disorder. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 Suppl 12: 5-8.
 12. Endicott J, Amsterdam J, Eriksson E, Frank E, Freeman E, Hirschfeld R, et al. Is premenstrual dysphoric disorder a distinct clinical entity? *J Womens Health Gend Based Med* 1999; 8 (5): 663-679.
 13. García Porta M. Síndrome premenstrual: Aproximación crítica. *Revista de Antropología Iberoamericana*, Ed Electrónica; 2006. p. 80-102.
 14. Girdler SS, Sherwood A, Hinderliter AL, Leserman J, Costello NL, Straneva PA, et al. Biological correlates of abuse in women with premenstrual dysphoric disorder and healthy controls. *Psychosom Med* 2003; 65 (5): 849-856.
 15. Greene R, Dalton K. The premenstrual syndrome. *Br Med J* 1953; 1 (4818): 1007-1014.
 16. Hahn PM, Van Vugt DA, Reid RL. A randomized, placebo-controlled, crossover trial of danazol for the treatment of premenstrual syndrome. *Psychoneuroendocrinology* 1995; 20 (2): 193-209.
 17. Jensvold MF, Dan CE. Psychological aspects of the menstrual cycle. En: Stotland NL, Stewart DE (eds.). *Psychological aspects of women's health care: The interface between psychiatry and obstetrics and gynecology* USA: American Psychiatric Publishing, Inc; 2001. p. 177-202.
 18. Kendler KS, Karkowski LM, Corey LA, Neale MC. Longitudinal population-based twin study of retrospectively reported premenstrual symptoms and lifetime major depression. *Am J Psychiatry* 1998; 155 (9): 1234-1240.
 19. Laws S. *Issues of blood: The politics of menstruation*. London: Palgrave Macmillan; 1990.
 20. Matusevich D. Algunas consideraciones acerca del género y la psiquiatría. *Vertex* 2000; XI: 199-205.
 21. Meaden PM, Hartlage SA, Cook-Karr J. Timing and severity of symptoms associated with the menstrual cycle in a community-based sample in the midwestern united states. *Psychiatry Res* 2005; 134 (1): 27-36.
 22. Paige KE. Woman learn to sing the menstrual blues. *Psychology Today* 1973; 4 (9): 41-46.
 23. Pearlstein T, Yonkers KA, Fayyad R, Gillespie JA. Pretreatment pattern of symptom expression in premenstrual dysphoric disorder. *J Affect Disord* 2005; 85 (3): 275-282.
 24. Pearlstein TB, Halbreich U, Batar ED, Brown CS, Endicott J, Frank E, et al. Psychosocial functioning in women with premenstrual dysphoric disorder before and after treatment with sertraline or placebo. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 (2): 101-109.
 25. Rapkin A. A review of treatment of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Psychoneuroendocrinology* 2003; 28 Suppl 3: 39-53.
 26. Rodin M. The social construction of premenstrual syndrome. *Soc Sci Med* 1992; 35 (1): 49-56.
 27. Sadler J. *Descriptions and prescriptions: Values, mental disorders, and the dsms*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2002.
 28. Sadler JZ. *Diagnosis / anti-diagnosis*. En: Radden J (ed.). *The philosophy of psychiatry: A companion (international perspectives in philosophy and psychiatry)*. USA: Oxford University Press; 2004. p. 163-179.
 29. Sadler JZ. *Sex & gender*. En: Sadler JZ (ed.). *Values and psychiatric diagnosis (international perspectives in philosophy and psychiatry)*. USA: Oxford University Press; 2004. p. 203-250.
 30. Schechter D. Estrogen, progesterone, and mood. *J Gen Specif Med* 1999; 2 (1): 29-36.
 31. Schmidt PJ, Nieman LK, Danaceau MA, Adams LF, Rubinow DR. Differential behavioral effects of gonadal steroids in women with and in those without premenstrual syndrome. *N Engl J Med* 1998; 338 (4): 209-216.
 32. Shattuck R. *Forbidden knowledge: From prometheus to pornography* USA: Harvets books; 1997.
 33. Steiner M, Born L. *Psychiatric aspects of the menstrual cycle*. En: Kornstein SG, Clayton AH (ed.). *Women's mental health: A comprehensive textbook*: The Guilford Press; 2002. p. 48-69.
 34. Steiner M, Brown E, Trzepacz P, Dillon J, Berger C, Carter D, et al. Fluoxetine improves functional work capacity in women with premenstrual dysphoric disorder. *Arch Womens Ment Health* 2003; 6 (1): 71-77.
 35. Su TP, Schmidt PJ, Danaceau M, Murphy DL, Rubinow DR. Effect of menstrual cycle phase on neuroendocrine and behavioral responses to the serotonin agonist m-chlorophenylpiperazine in women with premenstrual syndrome and controls. *J Clin Endocrinol Metab* 1997; 82 (4): 1220-1228.
 36. Sundstrom I, Nyberg S, Backstrom T. Patients with premenstrual syndrome have reduced sensitivity to midazolam compared to control subjects. *Neuropsychopharmacology* 1997; 17 (6): 370-381.
 37. Sundstrom Poromaa I, Smith S, Gulinello M. Gaba receptors, progesterone and premenstrual dysphoric disorder. *Arch Womens Ment Health* 2003; 6 (1): 23-41.
 38. Szasz T. *Ideología y enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 2000.
 39. Wyatt KM, Dimmock PW, O'Brien PM. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2002 (4): CD001396.
 40. Yonkers KA, O'Brien PM, Eriksson E. Premenstrual syndrome. *Lancet* 2008; 371 (9619): 1200-1210.

En busca de las locuras puerperales en la Argentina*

Emilio Vaschetto

*Médico psiquiatra. Presidente del Capítulo de Epistemología e Historia de la Psiquiatría de APsA
Investigador asociado al Departamento de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina, UBA
Psicoanalista AP de la Escuela de Orientación Lacaniana
Miembro de la Asociación Mundial de Psicoanálisis y Miembro del Centro Descartes
Jefe de Trabajos Prácticos del Departamento de Salud Mental UBA
E-mail: satturno@yahoo.com*

Introducción

a) Justificación del estudio local del tema

Es en esta lectura en la encrucijada de éticas, prácticas e instituciones en nuestro país donde intentaré tejer este itinerario.

Uno podría preguntarse cuál sería el interés actual en ocuparnos de este tema, ya que el terreno de las psicosis puerperales ha sido rápidamente desplazado hacia los trastornos del humor (76) o bien desatendido en sus coordenadas culturales y subjetivas. Tarea nada fácil la de abordar un tema que está incluido dentro del desarrollo de una matriz disciplinar donde el eclecticismo y el entrecruzamiento de paradigmas es la regla (37).

El siguiente estudio nos invita a argumentar el estatuto local de la locura -y el gran problema de lo que significa la construcción social del sufrimiento- por un lado, pero por otro nos impone la pregunta de si existe una psiquiatría argentina. Quienes formamos parte de un colectivo de trabajo que se ocupa de periodizar la misma (14), intentamos respondernos una y otra vez esta pregunta.

Es menester presentar esta pequeña justificación para entender de qué manera la integración equívoca de las diferentes escuelas del pensamiento psiquiátrico (Francia, Alemania, Italia e Inglaterra) han tenido su eco en

Resumen

Se trata de ubicar en una búsqueda de casos y de trabajos científicos la prevalencia de las llamadas "locuras puerperales" en el periodo 1850-1940. La paulatina instalación del dispositivo de maternidades en la Argentina, y en particular en la ciudad de Buenos Aires, no estuvo exento de dificultades, tanto en el abordaje médico de la mujer embarazada, parturienta y puérpera, como en la concepción cultural de las madres y el maternaje. Es así, que se presupone un incremento del fenómeno "locura puerperal" en el momento en donde se produjo el desplazamiento del acto de parir en un ámbito privado, como era el de la casa, al ámbito público, bajo la mirada médica "patologizante".

Desde luego, el hecho clínico (locura puerperal) excede en mucho al contexto histórico social, y en este sentido ingresan todas aquellas psicopatologías desencadenadas en el embarazo, parto y puerperio, más el interés obstétrico por las fiebres puerperales y la eclampsia. Pero no debemos desconocer la influencia del discurso médico sobre el cuerpo femenino y su traslación a un discurso científico e institucional nunca antes experimentado en nuestra historia.

Palabras clave: Locuras - Historia - Causalidad - Subjetividad - Cuerpo.

IN SEARCH OF PUERPERAL MADNESS IN ARGENTINA

Abstract

The aim of this paper is to identify cases and scientific works about "puerperal madness" between 1850 and 1940 in Buenos Aires. The gradual installation of the device of maternities in the Argentina, and especially in the city of Buenos Aires, was not exempt from difficulties, in the medical boarding of the pregnant woman and parturient as well as in the cultural conception of the mothers. This fact presupposes an increase of the phenomenon called "puerperal madness" in the moment where the displacement of the act of giving birth in the house to the hospital takes place.

Certainly, the clinical fact of the "puerperal madness" exceeds to the historical social context, and in this way appear all the psychopathologies related to the pregnancy, childbirth and the puerperal fevers. We also must take in account the influence of the medical speech about the feminine body and his translation to a scientific and institutional speech never before experienced in Argentina.

Key words: Madness - History - Causality - Subjectivity - Body.

* Este trabajo compendia las hipótesis de investigación que serán desplegadas en mi tesis doctoral sobre el tema.

nuestro país, configurando el crisol de un saber nunca acabado en lo que al hombre con su padecimiento mental respecta.

Nuestra pregunta funciona a modo de "laboratorio local", para ayudarnos a pensar la disciplina misma junto a la conformación de su *campo experiencial* y de conocimiento, el cual es más de orden estético que científico.

Cualquier lector advertido podría objetarnos en qué influye la historia de los síntomas con la praxis. Por qué ocuparse de las locuras puerperales, cuya labor podría ser de espíritu más antropológico que clínico. Y si fuese útil esta labor antropológica, ¿qué utilidad nos proporciona el desfase cronológico, del que se ocupa el tema? ¿Podemos acceder en forma canónica a una lectura de los síntomas tanto en 1850 o 1940 como ahora?

La historia, sin dudas, es ese nombre que toma lo irreversible, elaboración sobre lo imposible como modalidad lógica del tiempo.

Sabiendo que existen culturas sin psiquiatría, pero no culturas sin representación de la locura (56), una historia de los síntomas en psiquiatría tiene una diversidad considerable en perspectiva, pero un alcance limitado, en parte, debido al desarrollo de una disciplina que apenas posee doscientos años.

Esta historia es el arcón donde vienen a alojarse diferentes narrativas, sabiendo que se trata, no de una *historia total de la psiquiatría* -como bien critica Lanterier Laura (*Essais sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, 1998)-, sino de un discurso que no cesa de escribirse. Las modalidades narrativas del síntoma están orientadas en su valor de discurso por su inscripción en el Otro y son la consecuencia de la construcción social del sufrimiento.

Pero desde el giro epistemológico generado por el psicoanálisis, sabemos que más allá de las *bellas formas de decir* existe una causalidad, un punto indecible en el discurso, un abismo insondable en todo sujeto que ha sido expuesto dramáticamente a la locura.

Ese abismo, ese vacío que es la causa, ha tomado diferentes matices a los largo de la historia, aunque indefectiblemente siempre la psiquiatría ha estado seducida a explicarlo desde el pensamiento científico natural. Casi un *horror vacui*.

Bien lo expone German Berrios al decir que:

"... una 'entidad ambigua', un 'trastorno mental' no puede ser bien explicado en términos de modelos de etiología lineal." (9)

Hay historias del pensamiento psiquiátrico, hay historias de los grandes hombres, pero también hay historias de los síntomas; formas en las que se aborda el sufrimiento subjetivo en un determinado tiempo. Por eso que al hablar de la historia de la psiquiatría conviene citar aquellos objetos históricos en donde todos los *tempos* se encuentran, entran en colisión o bien se funden plásticamente unos en otros, se bifurcan, se enredan (22).

b) ¿Por qué locuras?

"Las causas morales se combinan en general con causas físicas, particularmente en las mujeres. Una joven

que está con la regla se aterroriza con un gran trueno. La regla le desaparece, su cabeza se pierde, y la razón no vuelve a ella hasta que la regla se regulariza nuevamente. Una joven amamanta a su hijo felizmente; el séptimo día su padre le hace graves e injustos reproches; los loquios y la leche desaparecen; la señora se vuelve maníaca y cae en la demencia después de un mes de furor. No se cura hasta la demencia después de un mes de furor. Esta combinación de causas físicas y morales es mucho más frecuente en la producción de la locura que la acción aislada de una sola de ellas." *Memoria sobre la locura y sus variedades*, Esquirol, J.-E. (22).

Bajo el término *locuras puerperales* se ha intentado englobar, a la luz de nuestra historia, toda una serie de fenómenos por demás ruidosos y elocuentes relacionados con la situación del embarazo, el parto, el puerperio o la lactancia. Llamarlas "locuras" resulta operativa pues, a la hora de tener que dar cuenta de las manifestaciones delirantes y alucinatorias que se producen en la crisis disociativa (60) producto de dicha situación. Por otra parte, el predicado puerperal, a pesar de lo inadecuado del término (ya que no solamente se refiere al periodo consecutivo al parto), nos ayuda a sostener el acuerdo con la mayoría de la literatura de la época (1854-1938) (23).

Al tratar de abordar el tema, no podemos desconocer el cruce necesario que se produce entre: discurso médico, cultura y psicopatología. La historia de estas locuras está dominada en gran medida por la aproximación de la mirada médica hacia la intimidad del hogar donde se produce el acontecimiento de vida, en un soporte doméstico de miradas, donde el relevo del saber lo poseía, hasta no hace mucho tiempo, la comadrona (19). Sumado a esto, la ideología que fundaba el parto doméstico, aún en casos dificultosos, conformaba -como lo expresa Levis Strauss respecto de las versiones primitivas o salvajes- "el contenido afectivo de la perturbación fisiológica, tal como ésta puede aparecer, de manera informada en la conciencia de la enferma" (87).

Abundan las dificultades para el abordaje histórico del tema, y tan es así, que la perentoriedad en la confección de este trabajo me obligó a dejar en estado de hipótesis lo que al principio era el *leitmotiv* del mismo. Me refiero al auge de las locuras puerperales en nuestro país a partir del dispositivo médico "maternidades", cuya consolidación está propuesta hacia el primer cuarto del siglo XX, en particular, en la ciudad de Buenos Aires con la inauguración de la maternidad del Hospital Fernández en 1912.

El pasaje forzado del acto de parir en la intimidad del hogar hacia el ámbito público -del soporte de la mirada de la comadrona hacia la panoplia médica- tuvo sus consecuencias a la hora de responder ante las locuras (6, 7, 19, 24, 73). Y no es apelar al insuficiente discurso de la *construcción social* (83), sino tratar de entender bajo esta travesía arqueológica, la estructura que posee el acto de parir con sus consecuencias en el cuerpo femenino, de cuya fragmentación testimonia tanto el ataque de vértigo angustioso y los *estados disociativos*, como la clínica del desencadenamiento psicótico.

No debemos pasar por alto que nuestro tema merece una disección cuidadosa, siendo que por primera vez,

nos encontramos ante tamaña contaminación de discursos y defeciones en su búsqueda.

Para comenzar, podemos situar la problemática del encuentro de las locuras puerperales en fuentes primarias (41, 59, 74):

- Los archivos (libros de entradas y salidas, estadísticas, registros de historias clínicas de la época), de difícil acceso y pobre en cantidad, no dan cuenta -a nuestro parecer- de la supuesta prevalencia de tal fenómeno en la época mencionada (1854-1938).

- Los registros encontrados en historias clínicas del hospital B. Moyano (correspondientes al antiguo Hospital Nacional de Alienadas), sólo hacen mención lateral a fenómenos puerperales (1). En esta dirección hemos encontrado referencias a estados tales como "fiebres", "locuras" o alteraciones del embarazo, aborto y puerperio; registrándose en algunos casos una ausencia de correspondencia entre tales estados y las complicaciones que merecen el posterior ingreso al hospicio ("una grave emoción" luego del parto que devino en cuadro de excitación, confusión alucinatoria luego de la fiebre puerperal, coexistencia entre embarazo y delirio agudo, etc.).

- El escaso interés de los alienistas del siglo XIX en nuestro país por el tema de la locura puerperal: en una revisión exhaustiva de todas las tesis publicadas en la facultad de Medicina (UBA) desde sus comienzos hasta 1938, solamente se encontraron seis tesis específicas sobre locura o psicosis puerperal (77). De alguna manera circunda el tema en algunos trabajos médico-legales de pregrado (18), pero éstos comprenden solamente presentaciones de casos de valor descriptivo y de tono monográfico (78).

- Las formas en las que aparece el fenómeno de la locura puerperal, ha estado muchas veces más ligado al discurso médico obstétrico que al de los alienistas. Nos encontramos allí, con tres manifestaciones ligadas al embarazo, parto y puerperio, que impresionaban tener alguna conexión con la locura: los vómitos incoercibles, la eclampsia y la fiebre. Se abrió entonces, una nueva fuente de investigación relacionada con fuentes obtenidas en la "Maternidad Peralta Ramos" junto a trabajos de reconocidos obstetras de nuestro país: sus opiniones sobre los fenómenos nerviosos relacionados con las *fiebres esenciales* -de fundamento etiológico desconocido-, la eclampsia como nombre general de las complicaciones gravídicas (8) y las estadísticas de partos complicados que registran tanto las muertes como las locuras (3).

- De tal manera, hemos entendido que la instalación del dispositivo *maternidades* en su política de "higiene preventiva", ha posado la mirada sobre el "progreso normal [del embarazo], con el auxilio del laboratorio" (84), no sólo evitando los accidentes del parto o las infecciones, sino también interviniendo directamente sobre las causas morales de la locura tales como "la procreación llamada ilegítima" (85).

c) La escena

Una de las escenas que más incidieron sobre el ámbito de lo íntimo y más renuentes a la praxis médica fue

el parto. El sistema sanitario en las primeras décadas del siglo XIX (ya instalado el Protomedicato) no fue un aliado eficaz para garantizar seguridades que no poseyera cualquier mujer en una situación de parto domiciliario (17). Fue necesario, décadas después, que ingresara el poder médico mediante un nuevo discurso acerca de la higiene (43) de la mujer en general (80), y en particular cuestiones complejas ligadas al parto -tales como las "maniobras extractivas internas" o el uso del fórceps (44)-, para que el cuerpo de la mujer fuese escrutado. El relevo tomado por esta perspectiva "quirúrgica", a punto de partida de una modificación de las *estructuras de visibilidad* (31), inauguró un nuevo discurso (obstétrico) desplazando el saber profano de las parteras. Se abrieron, en ese mismo acto, dos vías de intervención: 1- un decir científico sobre el cuerpo de la embarazada o puérpera (como *pathos*), y 2- maniobras especializadas para los partos normales o quirúrgicas en casos de complicaciones sobre dicho cuerpo (55).

Sin embargo, hay que destacar que a pesar de la especialización de la medicina obstétrica y el surgimiento de las maternidades (71), una gran mayoría de las mujeres seguían yendo a parir a sus casas asistidas por las comadronas de barrio.

Hacia principios de 1927 ya existían en Buenos Aires once instituciones destinadas a la protección materna (85). El difícil arte de encauzar el cuerpo femenino, provocaba la fascinación de una mirada que tenía donde hurgar, aunque no fue bajo el precio que la institución médica tuvo que pagar, no sólo por las muertes sino también por las locuras. De allí la proliferación, en ese periodo, de las locuras puerperales. Es evidente que las parturientas se descompletaban sin el soporte de la mirada de la comadre, abriendo en el momento de la separación entre el objeto imaginario -que es el niño que colma su deseo- y el objeto real (el producto), un inquietante hiato (57).

Entrado el siglo XIX, el cuestionamiento, propio de la filosofía de las luces, de todas las tradiciones, todas las jerarquías, poseyó el impulso necesario para pensar en un nuevo tipo de sociedad. Así le otorgó un lugar especial a la maternidad, colocándola al servicio del hijo, como futuro del mundo.

"Los científicos (...) apoyándose en las jóvenes ciencias que surgían en ese entonces (la anatomía, la fisiología, la psicología) asignaban la "naturaleza femenina" a la función materna y a la dependencia.

(...) En el siglo XVIII, naturalistas y médicos afirmaban que en la obra de la procreación 'la mujer es igual al hombre', pero su discurso privilegiaba el tema de la diferencia. Describía la 'naturaleza femenina' como un todo homogéneo y original.

(...) La medicina de mujeres (ginecología, obstetricia) entró en una era de progresos. Sin duda, los médicos dedicados a ella a veces estaban guiados por la ambición de conquistar terrenos ocupados hasta ese momento por las parteras. Pero también estaban motivados por los cuidados del feto y de la que lo transportaba.

(...) El cuerpo de la mujer se convirtió en la matriz del cuerpo social: había que readaptarlo a

la función reproductora. Pubertad, matrimonio, embarazo. Parto y lactancia eran etapas que había que preparar desde el punto de vista de la higiene y, también, preparar desde una perspectiva moral. El amor materno, la consagración total de la madre a su hijo, se convirtió en un valor de esta civilización y en un código de buena conducta.” (45)

En nuestro país, se atravesaba pues, ya amanecido el siglo XX, un cuerpo -el de la embarazada- considerado como enfermo, inaugurándose una nueva manera de dar a luz en un nuevo espacio, las maternidades (al inaugurarse la maternidad del Htal. Fernández ya se cuenta con un personal dedicado exclusivamente a las parturientas); también, otra visibilidad: se interviene en forma directa sobre un cuerpo manejable, con métodos específicos y medicamentos de probada eficacia (46). Definitivamente quedaba atrás una historia de intimidades compartidas en el mundo privado.

“Para que la experiencia clínica fuera posible como campo de conocimiento, ha sido menester toda una reorganización del campo hospitalario, una definición nueva del estatuto de enfermo en la sociedad, y la instauración de una cierta relación entre la asistencia y la experiencia; entre la asistencia y el saber, se ha debido envolver al enfermo en un espacio colectivo y homogéneo... [se produjo un nuevo lenguaje] el de una correlación perpetua y objetivamente fundada de lo visible y de lo enunciable (...) decir lo que se ve... [pero también] dar a ver al decir lo que se ve (...) la fórmula de descripción es al mismo tiempo gesto de descubrimiento.” (35)

II- El delirio agudo

“... la psicosis puerperal ha constituido un marco privilegiado para el estudio de las psicosis agudas.” (66)

a) Delirio y reacción

Es menester hacer un rodeo por el concepto de delirio agudo en la clínica y las tensiones y contradicciones que han surgido a partir de esta utilización. La mayoría de los autores coinciden con el polimorfismo del mismo, la instalación brusca (cuya nitidez es un signo del estado incompleto), la intensidad y la distancia formal con otros cuadros tales como la esquizofrenia o la psicosis maniaco-depresiva (94). Los acontecimientos que funcionan como “pretextos” para delirar son aquellos que producen modificaciones al nivel del cuerpo o de los vínculos sociales: la pubertad, la menopausia, la puerperalidad, los factores toxiinfecciosos, los factores relacionados con el contexto. Eventos que otrora estuvieran descriptos por autores tales como Chaslin con su *confusión mental primitiva* (15), la notable descripción de la *paranoia abortiva* de Robert Gaupp (2, 38), el *delirio sensitivo* de Kretschmer (47), el *delirio curable de estructura oniroide* de Petit, la *paranoia de autopunición* del doctor Lacan (48), la *reacción exógena aguda* de Bonhoeffer ... y sigue la lista.

Se trata de acontecimientos “reactivos” con toda la connotación psicopatológica que tiene este término (42,

82) y donde hasta el acto mismo de parir, para la idea de los alienistas clásicos y médicos en la materia, puede connotar una forma aguda de delirio:

“Siguiendo ciertos autores –comenta Dagonet- podemos ver, en el parto normal, que el delirio sobreviene con bastante frecuencia durante algunos minutos, y persistir igualmente horas enteras, al momento de la dilatación del cuello o por el pasaje de la cabeza.

Este delirio pasajero, que se manifiesta durante el alumbramiento e inmediatamente después, ha sido designado por algunos médicos bajo el nombre de *locura transitoria (paraphrosyne)*.” (21)

Abordando diferentes psiquiatras del periodo investigado y revisando las referencias a los textos originales (en su mayoría de lengua francesa), se deduce que habría que valorar si lo reactivo -vocablo de aparición más bien tardía (88)- se refiere a la dificultad adaptativa del individuo (por agotamiento del cuerpo o predisposición) ante determinado acontecimiento, si el acontecimiento es de tal valor o quantum que supera las respuestas posibles de la psique (traumatismo), o bien si se trata de una combinación de ambos.

b) Delirio y sueño

Para Kraft Ebbing, el carácter de demente y trastorno profundo de la conciencia son debidos al agotamiento (21).

El cuadro delirante está asentado sobre todo en un estado confuso-onírico de tonalidad ansiosa (28), lo que le da características generales un tanto inespecíficas en cuanto a la envoltura formal. Vale decir que el polimorfismo es la regla.

De todos modos no debemos obviar la diferencia de lo que comporta un estado verdaderamente confusional, como puede serlo aquél derivado de un estado séptico febril, de la

“... entre-apertura al mundo de la conciencia oniroide o crepuscular (...) [la cual] permite, a la vez, que la experiencia vivida sea ‘captada’ por el observador y sea ‘retenida’ por la memoria del sujeto. Porque estas experiencias de lo fantástico no están (como ocurre con frecuencia en el onirismo confusional) separadas radicalmente de la trama de la existencia, su supervivencia y la emoción que resulta de ella, son, a veces, vivaces; los pacientes quedan perplejos y como aturcidos cuando salen (y a veces difícilmente) de su *fascinante dominio*.” (29)

J. C. Maleval, separa dos opiniones divergentes en la clínica psiquiátrica, que puede ayudarnos a organizar nuestra búsqueda: los partidarios del onirismo -el cual generaría el terreno propicio para el desenvolvimiento de la psicosis clínica- es decir, aquellos que proponen un fenómeno de “debilitación”, y los partidarios de cierta autonomía y en la emergencia de un fenómeno brusco como lo es el del automatismo mental. Este último daría el sustrato clínico de la estructura psicótica diferenciándola de cualquier obnubilación: “Los periodos oníricos no presentan eco -refiere-. Asimismo el eco está ausente en el sueño, tanto en el patológico como en el normal, en el hipnagogismo, en los casos tóxicos que superan el

[delirio] subagudo, en las confusiones, las catatonías, las formas claramente demenciales” (16).

Tanto el onirismo como la emergencia del fenómeno elemental pueden estar presentes en las locuras que ocupan nuestro estudio.

Lacan, en su tesis de psiquiatría, resalta aquellos “*estados iniciales* completamente distintos de los estados de conciencia aparentemente normales que observamos en el momento de las secuelas delirantes”, proponiendo el modelo del *onirismo* separado de cualquier estado confusional “cuyo estudio parece indispensable para la comprensión de los trastornos psicopatológicos” (49). La analogía sueño-delirio propuesta, entre otros autores, por Freud, toma el relevo en ese momento (1932), adquiere una nueva vitalidad.

Llegado este punto no debemos desconocer el cruce continuo que existe bajo el uso de la palabra *delirium* con aquellos cuadros que son claramente orgánicos. De hecho, sabemos que cuando en la clínica actual nos referimos al *delirium* estamos hablando de una patología de causa esencialmente médica. Ahora bien, el hecho de jugar con el equívoco (orgánico-psíquico) nos muestra cierta verdad encerrada en el cruce generado, entre la idea de debilidad orgánica y las intoxicaciones -con sus ficciones históricas-, de la orientación que provee el encuentro con un acontecimiento y su desregulación en la economía de un cuerpo libidinal.

Finalmente Maleval propone separar lo que él llama el *delirium* (neurótico) del *delirio psicótico* a los fines de distinguir lo que es un proceso de “significanzación” -que hace que lo imposible de soportar para ese sujeto pueda ser puesto en palabras-, del *delirium* que supone una forma aguda que hace vacilar la realidad psíquica de alguien (su fantasma) e incluso consistir en una construcción onírica invasora. En el *delirium*, dice Maleval,

“las ideas dominantes, aunque subyuguen al sujeto de manera temporal, mantienen, en lo fundamental, un carácter de suposición. En consecuencia, esta última se parecerá más bien a una suerte de pesadilla en la vigilia, de acuerdo con la acepción clásica del *delirium*.” (61)

El indicador clínico, para este autor, es que las construcciones delirantes apaciguan el estado de perplejidad angustiada, mientras que las surgidas en el *delirium* no. Más bien este último comporta un estado doloroso del cual el sujeto intenta liberarse.

El *delirium* “se revela en continuidad con los fantasmas y las preocupaciones anteriores (....) La angustia no carece de objeto. Oculta en la sombra, encarna allí una presencia perseguidora, una amenaza para la integridad narcisista. Hace falta poco, una torpeza del analista, por ejemplo, para que lo real se haga presente para ellos en una imagen de espanto que revelaría la dependencia del sujeto y su división.” (62)

c) Cuando la locura es psicosis

“Solo cuando este delirio [puerperal] persiste, acompañado de agitación es cuando no solamente debe preocupar al médico partero y al alienista, sino también bajo el punto de vista médico-legal. ¡Cuántos infanticidios se

explican por el estudio de estas psicosis ...!” (30)

Para Regis, psiquiatra por demás citado en los diferentes estudios, los casos de psicosis puerperal que no evolucionan hacia la curación pueden poseer tres destinos: 1- delirio agudo terminado por la muerte; 2- casos mixtos o toxi-vesánicos que después de una confusión mental continúan “con una especie de locura crónica mal sistematizada”; y 3- casos que conducen a la demencia precoz” (75).

J. Lacan, tomando las enseñanzas de sus maestros, produce una torsión del concepto de reacción (ya utilizado en su tesis de psiquiatría) abordando el acontecimiento desde la estructura significativa de la “situación” como novela, a partir de lo que él llama la coyuntura dramática:

“*Búsqese en el comienzo de la psicosis esta coyuntura dramática. Ya se presente para la mujer que acaba de dar a luz en la figura de su esposo ...*” (52)

El acto de parir es una circunstancia donde se presenta una relación especular, la inminencia del encuentro de un cuerpo sexual con otro cuerpo. En la parturienta, el niño como objeto viviente es un objeto angustiante, al igual que podría serlo un partenaire sexual. La verdadera *psicosis posparto* se produce cuando la aparición de un nuevo viviente, desprendido del cuerpo de la mujer grávida, no logra ser simbolizado por el sujeto que pare.

Ser madre es el porvenir que Freud anuncia como único posible para la mujer, al final del Edipo. Empero, Lacan formula esta conclusión freudiana de forma más precisa en el Seminario *Aun*:

“... la mujer no será nunca tomada sino *quo ad matrem*. La mujer no entra en función en la relación sexual sino como madre ... el goce de la mujer se apoya en un suplir ese no-toda. Para este goce de ser no-toda, es decir, que la hace en alguna parte ausente de sí misma, ausente en tanto Sujeto, la mujer encontrará el tapón de ese *a* que será su hijo.” (53)

El hijo, como objeto, es el tapón del no-toda, mientras que el ser toda madre es una solución imaginaria que niega la división subjetiva, radicaliza esa ausencia citada precedentemente (36).

Una manera de orientarse es el ubicar, en el lugar de la causa, el órgano matricial, su congestión, su exceso o la liberación a distancia de mediadores y segundos mensajeros; la elevación de toxinas, la afectación del encéfalo, o la predisposición mórbida. Esto ha tenido consecuencias severas en cuanto al uso indiscriminado de la esterilización eugénica, con intervenciones amparadas bajo el mote de la ciencia o el derecho.

Pero es preciso advertir que en el acontecimiento de vida que significa un parto, una separación (54), se produce un llamado hacia algún fundamento en el ser que pare. Un fundamento que no se encuentra en la resistencia del cuerpo ni en el equilibrio de sus humores, eso que Jacques Lacan conceptualizó como significativo Nombre del Padre, el cual hace del hijo un objeto separado que nada puede colmar, aquél que puede conmemorar la castación.

III- Causalidad de la locura puerperal

a) La falta de nutrición cerebral

“Si la circulación cerebral disminuye, se rebaja la actividad; si se acelera, la actividad mental se exalta. Hay sustancias que, introducidas en el torrente de la sangre, alteran la acción del pensamiento, afectándolo ya de una manera, ya de otra; pero cada una de ellas produce diferentes efectos psicológicos, por medio de su influencia fisiológica.”

“Siempre que estos tejidos son de perfecta estructura, la coherencia mental, la energía y la salud se mantienen mediante su buena nutrición.

Por el contrario cuando estos tejidos no se nutren bien, el efecto inmediato es su incapacidad para funcionar con perfección, y de ahí se sigue que se manifiesten desórdenes en las operaciones mentales.

(...) Muchos de los casos de decadencia mental proceden de esa irregularidad en las funciones nutritivas del cerebro.” (67)

“(…) La nutrición depende del suministro de la sangre, acaso más en el cerebro que en los demás órganos” (68).

Veamos en esta tesis de Nicasio Morales sobre el delirio agudo, la sorprendente similitud con el planteo de Meynert acerca de la *amencia* (86) pero planteada 12 años antes (!).

Nos interesa destacar, una vez más, el pasaje abrupto que se produce entre las modificaciones orgánicas del embarazo, la lactancia y el puerperio, con sus consecuencias mórbidas (síndrome febril, hemorragias, lesiones de órganos, etc.) y las manifestaciones psíquicas o psicopatológicas. De esta manera, el sintagma “locura puerperal” se vuelve un ámbito de competencia un tanto borroso donde clínicos, obstetras, parteras y alienistas se autorizan a dialogar bajo presupuestos positivos similares.

Por lo tanto, tuvimos que reencauzar nuestra investigación buscando en los intersticios de la medicina obstétrica, bajo el rubor de la fiebre, en lo ominoso de la sepsis o en el dramatismo de la eclampsia.

b) La crisis de la fiebre

Como dijimos más arriba, el fenómeno de locura puerperal en nuestro país estuvo en gran medida subvertido bajo el signo de las fiebres un tanto inespecíficas. El término “fiebre puerperal”, “expresión emitida al parecer desde muy antiguo, fue luego vulgarizada por Willis (1676) y por Strother (1718). Willis habla de la ‘fiebre puerperarum’ y Strother traduce el término al inglés: ‘puerperal fever’.

Es muchísimo más tarde, en la segunda mitad del siglo pasado, cuando C. Braun propone reemplazar el vocablo ‘fiebre’ por la palabra ‘proceso’, dado que la fiebre es tan sólo un síntoma de la enfermedad.” (10).

Berruti (1939) subraya el hecho paradójico de que las epidemias de fiebre puerperal comienzan a gran escala cuando se abren las maternidades. Es en las últimas centurias (siglos XVII, XVIII y XIX) donde aparecen los estragos piréticos (11).

Los cómputos oficiales que para el año 1935 arrojaba el Departamento Nacional de Higiene en la República

Argentina, daban, falazmente, para un total de 327.619 partos el número de defunciones maternas por septicemia e infección puerperal de 609. Es decir, una mortalidad equivalente al 1,8 por mil.

“Por otra parte, una estadística puerperal, debido a la índole tan ‘sui generis’ del asunto, está expuesta a un sinnúmero de confusiones, 1°, porque aun no hay –y pasará mucho tiempo sin haberlo– un concepto uniforme sobre lo que se entiende por fiebre puerperal; 2°, porque es muy frecuente incluir bajo la misma leyenda las muertes puerperales y las muertes por infección puerperal, y 3°, porque no se suelen separar las muertes por infecciones consiguientes a los partos y las consiguientes a los abortos. Y bien sabemos la influencia que éstos han ejercido en las ciudades sobre la mortalidad y morbilidad puerperal.” (12)

Faustino Trongé se refiere en la fiebre puerperal a “ciertos fenómenos nerviosos que dependen solamente de accesos histeriformes, como ser: parálisis de la lengua, afasia, contractura de los miembros, etc.” (92)

La fiebre era un espacio visible que anunciaba la oscuridad de la muerte pero también lo siniestro de la locura.

Tratar la fiebre salvará vidas ¿pero podrá salvar de la locura?

Así la nueva higiene se convirtió, a su vez, en una nueva ética.

Es importante recordar que *neurosis* y *fiebres esenciales* eran consideradas, hacia fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, sin lesión orgánica:

“Las enfermedades del espíritu y de los nervios recibieron, gracias a Pinel, un estatuto bastante particular para que su historia, por lo menos hasta el descubrimiento de Bayle, en 1821-1824, no vuelva a cortar las discusiones sobre la organicidad de las enfermedades.” (32)

La fiebre empieza a ser un síntoma general dentro de una enfermedad que permanece como local a lo largo de su desarrollo, con lo cual la existencia de fiebres esenciales, sin lesiones asignables, empieza a ser un problema. El calor “no forma más que el resultado más superficial y más transitorio, mientras que el movimiento de la sangre, las impurezas de las cuales se carga, o las que expurga, los entorpecimientos, o las exudaciones que se producen, indican lo que es la fiebre en su naturaleza profunda.” (33).

Se produce el pasaje de la fiebre como fenómeno homogéneo a “las fiebres”, con formas específicas y diferenciadas, entre ellas, la fiebre puerperal.

En el ordenamiento operado por Pinel, las fiebres sin lesión son *esenciales*, mientras que las fiebres con lesión local son *simpáticas*.

Lo que Pinel localizaba no eran las enfermedades sino los signos que daban cuenta de la esencia de la enfermedad. La cadena causal y temporal no iba de la lesión a la enfermedad, sino de la enfermedad a la lesión.

El gran descubrimiento de 1816, con Broussais, es que desaparece el ser de la enfermedad. Ésta no es más que un cierto movimiento complejo de los tejidos en reacción a una causa irritante, en herencia al viejo concepto de simpatía (34).

La fiebre entonces, atraviesa el órgano local (útero) para afectar, por simpatía, a otro órgano a distancia: el cerebro. Pero lo más conspicuo es que se trata de una simpatía que pone en cuestión la noción misma de vecindad en medicina. Es, por lo tanto, una "simpatía imperfecta" (63).

c) La libido tóxica

Ya entrado el siglo XX con la consolidación de la disciplina, empieza a multiplicarse la causalidad de la locura: "no hay una locura puerperal sino locuras puerperales" dirán Cantón e Ingenieros (13) parafraseando al conocido alienista francés Gilbert Ballet (4).

En una pasión por la búsqueda positiva de la causa, como hecho biológico constatable, diferentes alienistas se adentraron en la hipótesis de la *autointoxicación*.

Descartando la predisposición neuropática y las infecciones, los trastornos de origen autotóxico (vale decir, toxinas provocadas por el organismo de la grávida o puerpera) se originan en "la embarazada, por trastornos funcionales de sus secreciones internas o de sus emuntorios, ... [y la exponen] a accesos maníacos o confusionales ..." (13). Para la literatura de la época,

"... las psicosis puerperales no serían simplemente *psicosis vulgares*, esas de los degenerados o de los hereditarios, sobreviniendo en ocasión de situaciones y de acontecimientos fisiológicos especiales, estas serían *psicosis especiales* debidas a *auto-intoxicaciones* o a la infección. Esta manera de ver, está bien en llamarla, no es más que un retorno a una antigua idea, ya que se remonta a Hipócrates mismo. Ya que los loquios se transportan hacia la cabeza, puede sobrevenir la excitación, del delirio y de los trasposos maníacos.

(...) Estas son viejas teorías humorales que han sido retomadas en los últimos tiempos para explicar las psicosis del embarazo y del parto." (5)

La tesis de Rossi, publicada en 1908, en lo que fue el primer estudio completo del tema en nuestro país, destaca dentro de las hipótesis causales la "doctrina ecléctica", como aquella que combina sinérgicamente tanto la infección como la intoxicación y la predisposición cerebral -ya sea adquirida o hereditaria. Posición tomada por otros autores tales como Barren, Ballet, Joffroy, Campbell-Clark y Regis (79). Aunque hubiera predisposición hereditaria, la autointoxicación funcionará como *causa eficiente* en una combinación entre la elevada producción de toxinas, vale decir, de "venenos autóctonos" y la disminución del poder excretor del organismo. De allí que se proponga la utilización de purgantes junto a los antiinfecciosos (81). El doctor Juan Obarrio va aún más lejos otorgándole al fenómeno onírico el carácter tóxico (70), siendo la mejoría a lo largo del día el efecto de una "desintoxicación durante la vigilia" (70).

Así, lo expresa Estévez Balado:

"Con o sin predisposición, con o sin herencia, con o sin constitución, las locuras de la puerperalidad pueden engendrarse a condición de: 'que la agresión de las toxinas y el desequilibrio fisiológico que acarrea el

periodo puerperal al cerebro sean lo suficientemente enérgicos, como para comprometerlo en su armónico funcionamiento'" (25).

Es muy interesante reparar en el hecho de que dentro de las estadísticas que datan del año 1922, en el Hospital Nacional de Alienadas, las locuras puerperales se encuentran agrupadas dentro de las *locuras de origen tóxico* junto al alcohol, la morfina y la cocaína (64).

Sin embargo, en el trabajo de 1939 de Uranga y Dubrovsky, sobre dieciséis casos estudiados en la Maternidad, dirigida entonces por el profesor Peralta Ramos, observaron que no se hallaban dentro de las causas predisponentes y determinantes de la locura datos positivos (93).

Para Estévez Balado hay un elemento concurrente: "el elemento afectivo". Éste "acarrearía el desorden de tipo confusional, pero que nunca sería emotivo puro [subrayado de autor] puesto que con él concurrirían los de autointoxicación por lo menos, siempre presentes en ese estado" (26).

Ahora bien, si tomáramos provisionalmente esta hipótesis y creyéramos más en el elemento de autointoxicación que en el elemento emotivo, más allá de las ficciones biológicas, estamos en condiciones de argüir que es la toxicidad de un fluido interno el que provoca el desajuste puerperal, una conjetura que se acerca considerablemente a la idea de libido. Y de hecho, gran parte de la historia de las concepciones del cuerpo y sus padecimientos, estuvo atravesada por la imagen del fluido orgánico (90), desde el "humor conjetural" de la *atrabilis*, pasando por la maquinaria cartesiana de los espíritus animales distribuidos a lo largo de los nervios huecos del cuerpo, hasta las concepciones más "exofluídicas" de los magnetizadores y el "fluidismo restringido" (91) que da origen a la noción de hipnosis con Braid y posteriormente el concepto de libido en Freud. Este último, elevando el modelo hidráulico a la dimensión del mito, se sirve de él y lo supera, introduciendo la metáfora y el sentido en una sustancia que trastorna la anatomía.

Volviendo a 1932, el doctor Lacan, en su tesis de psiquiatría, intentando explicarse la causalidad de la psicosis paranoica había arribado a la noción de libido, en tanto que ella relaciona una parte importante de los trastornos mentales a un metabolismo energético (50).

"En la etiología inmediata de la psicosis, se encuentra frecuentemente un *proceso orgánico borroso* (intoxicación, trastorno endócrino, puerperalidad, menopausia), casi constantemente una *transformación de la situación vital* (pérdida de una posición, de un sostén económico, jubilación, cambio de medio, pero sobre todo matrimonio, particularmente matrimonio tardío, divorcio, y efectivamente *pérdida de uno de los progenitores*), y muy frecuentemente un acontecimiento con valor de *trauma afectivo*." (51)

III- Locuras puerperales y clasificaciones trastornadas

Las locuras puerperales ponen en cuestión la vigencia de las clasificaciones categoriales, en particular de los

trastornos en pos de lo dimensional (58), ya que se trata de un estado particularmente ruidoso sin comprometer, en muchas ocasiones, el destino de aquél que lo sufre. Esto nos invita a evitar la ingenuidad clínica de creer que el signo clínico denota la enfermedad, es decir la ecuación: delirio agudo postparto = psicosis puerperal = enfermedad. Si es un estado transitorio, que muchas veces no guarda relación con el curso de una vida, podríamos preguntarnos si entraría dentro del patrón categorial o si aún podría llamarse a eso enfermedad. Por otra parte, la elevada prevalencia de locuras puerperales como signo de otros tiempos ¿no habrá podido tratarse -en términos de Hacking- de una *enfermedad transitoria* (40)?

Los estados disociativos, evidentemente, sitúan en jaque el concepto de “trastorno delirante” o bien, cuestionan radicalmente la incurabilidad de las enfermedades mentales. Asimismo, demuestran que es mucho más generoso el título de “locura” -que ampara estados tales como las “locuras histéricas” en Griesinger, la “psicosis alucinatoria de deseo” de Freud, el delirium neurótico, etc., o el desencadenamiento de una estructura psicótica, para ubicar sin eufemismos

el fenómeno radical de la *spaltung* subjetiva.

La investigación seguirá su curso, pues es en los rastros dejados por una historia (de madres, de mujeres, de goces, de delirio) (69) donde podremos buscar aquello que habla de *nuestra psiquiatría*, pero también de nosotros mismos.

Agradecimientos: al Dr. Jorge Caferata (director del Hospital B. Moyano), por su acogida cordial a la institución. Al Dr. Alberto Monchablon Espinosa, (jefe del Dpto. de Docencia e Investigación del Hospital B. Moyano). Al Dpto. de Docencia e Investigación del Hospital Rivadavia y en particular a la Lic. Celia Sipes por su amabilidad y disposición. Al Dr. Juan Carlos Stagnaro por su asesoramiento y dedicación. A todo el personal de la Biblioteca de Graduados de la Facultad de Medicina de la UBA. A Carolina Alcuaz sin cuya precisión en la crítica de este estudio, no podría haberlo dejado salir a la luz.

Colaboraron en la recolección de materiales bibliográficos y fuentes primarias las investigadoras Carolina Saylancioglu y Verónica Ferrante, a quienes debo toda mi gratitud ■

Referencias bibliográficas

1. Se realizó una revisión de un total aproximado de mil historias clínicas en el Archivo perteneciente al Departamento de Estadísticas del Hospital Neuropsiquiátrico B. Moyano, las cuales abarcan un periodo entre 1902 y 1935, encontrándose la inmensa mayoría comprendidas entre el tercer decenio. Así también se utilizaron fuentes de registro de pacientes, libros de estadísticas y Archivos de la Sociedad de Beneficencia hallados en el Museo Peralta Ramos de la Maternidad homónima.
2. Álvarez J. M. y Colina. “El caso Wagner, una catamnesis a la vez que aportación a la enseñanza de la paranoia” de Robert Gaupp (1914), En: *Clásicos de la paranoia*, España, Ed. Dor, 1997: 205-229.
3. A pesar de darnos de bruces con la insuficiente estadística de locuras puerperales y los pobrísimos hallazgos en las historias clínicas o registros de libros, hemos encontrado diferentes registros que abonan nuestra hipótesis: en la tesis de Celestino Arce se ubican estas locuras ya en el año 1876 como segundas en frecuencia, en 1877 también, en 1878 como primeras, en 1879 terceras y en 1880 como segundas. ARCE, C., *Curabilidad de la locura en el manicomio de mujeres*, Tesis doctoral, 1881. Cuarenta años después leemos en la Memoria correspondiente al Hospital de Alienadas, que las locuras puerperales (como locuras tóxicas) se sitúan 5tas en frecuencia, con un total de 154 casos (!) por encima de las melancolías, las manías y las demencias vesánicas entre otras. *Memoria* (1922), Sociedad de Beneficencia de la Capital. Bs, As, Taller Gráfico del Asilo de Huérfanos, 1923, pp. 186-199. En la Memoria correspondiente a la Maternidad del entonces Hospital Rivadavia, figuran en el mismo año apenas dos casos de psicosis puerperales en el apartado titulado “patología del embarazo”. (p. 111).
4. Ballet comenta que la definición de locura puerperal le parece un tanto defectuosa puesto que “los trastornos mentales que sobrevienen en el curso de la puerperalidad son muy diferentes los unos de los otros por su patogenia, su naturaleza, su fisionomía y su evolución. Eso quiere decir que no hay una locura puerperal, sino *locuras*, o mejor, *psicosis puerperales*”. Ballet G. (1897) *Psychoses et affections nerveuses*, París, O. Doin Editions, 1897: 97.
5. Ballet G. *Psychoses et affections nerveuses*: 108.
6. Ben P. “Cuerpos femeninos y cuerpos abyectos. La construcción anatómica de la feminidad en la medicina argentina”. *Historia de las mujeres en la Argentina*, AAVV, Argentina, Ed. Taurus, 2000; 1: 193-213.
7. Ben P. “Muéstrame tus genitales y te diré quién eres”. *Cuerpos, géneros, identidades*, AAVV, Buenos Aires, Ed. del Signo: 61-104.
8. Se observa claramente en la tesis de Pablo Beret la distancia que existe entre el concepto actual de eclampsia y lo entendido en esa época como estados patológicos con constataciones claramente orgánicas, en unos, y otros, donde predominan los accidentes nerviosos sin tal evidencia. De allí que muchos autores, según Beret, definan la eclampsia como “Una *neurosis* caracterizada por una serie de accesos en los cuales casi todos los músculos de la vida de relación y a veces los de la vida orgánica son convulsivamente contraídos; accesos generalmente acompañados o seguidos de la abolición más o menos completa y más o menos prolongada de las facultades sensoriales e intelectuales (...) vemos en la ecláptica la sangre alterada y por lo tanto la impresionabilidad nerviosa profundamente modificada.”. Beret P. *Eclampsia puerperal*. Tesis doctoral. Facultad de Ciencias Médicas, UBA, 1878: 12.
9. Berrios G. “Desarrollo histórico de las ideas sobre etiología en psiquiatría”. *Revista Alcmeon* N° 32.
10. Berruti J. A. *Semmelweis y la fiebre puerperal. Vida de un gran médico desventurado*, 1939. Fuente: Archivo general del Honorable Congreso de la Nación. (S/ed.): 15.
11. “La primera epidemia de que se tiene memoria habría ocurrido en Leipzig, en 1652”. Berruti J. A. *Semmelweis y la fiebre puerperal*: 16.
12. Berruti J. A. *Semmelweis y la fiebre puerperal*: 22-23.
13. Canton E. e Ingenieros J. *Locura del embarazo*, p. 548.
14. Me refiero al Capítulo de Epistemología e Historia de la Psi-

- quiatria de la APSA cuyos integrantes –y a quienes debo este estudio– son: Elizabeth Gómez Mengelbert, Daniel Matusevich, Norberto Conti, Juan Carlos Fantin, Curt Hacker, Gustavo Rossi, Santiago Levin y Juan Carlos Stagnaro.
15. Chaslin PH. “La confusión mental primitiva” (1895), En: *Alucinar y delirar 1*, Buenos Aires, Ed. Polemos, 1997: 185-196.
 16. Clérambault G. G. *Oeuvres psychiatriques*, II, París, PUF, 1942: 609.
 17. Para un riguroso acercamiento histórico sugiero leer el trabajo de: Conti N. “El contexto socio-político y cultural en torno a la Organización Nacional”. *Revista Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, 2004; 21: 11-17.
 18. Coquet M. *Psicosis puerperales*. Cátedra de Medicina Legal, Facultad de Ciencias Médicas, UBA, 1918. Fuente: Biblioteca de Graduados.
 19. Correa A. “Parir es morir un poco. Partos en el siglo XIX” En: *Historia de las mujeres en la Argentina*, AAVV, Argentina, Ed. Taurus, 2000; 1: 193-213.
 20. Sólo a modo de mención, sin mucho interés heurístico se puede consultar: Cristiani C. G. E. *Eclampsia y catalepsia*. Tesis doctoral. Facultad de Medicina de Buenos Aires, 1854.
 21. Dagonet H. (1898) *Traité de las maladies mentales*, París, J. B. Bailliere, 1898: 504.
 22. Acerca de la concepción del tiempo en historia y la crítica a la eucronía que realiza Georges Didi-Huberman, ver: Didi-Huberman G. *Ante el tiempo*, Buenos Aires, Adriana Hidalgo ediciones, 2005: 11-79.
 23. “... comprenderemos bajo la designación de PP, de acuerdo con Gilbert Ballet todos los trastornos mentales sobrevenidos por el embarazo, parto y lactancia. No se englobarán en éstas psicosis las alteraciones preexistentes a la fecundación, ni aunque el estado puerperal intensifique o acelere la forma y evolución de esos trastornos”. Dedomenici P. H. *Psicosis puerperal*. Tesis doctoral. Facultad de Ciencias Médicas, UBA, 1914: 44.
 24. Dona G. “Madres vivas y muertas. Los múltiples conceptos de la maternidad en Buenos Aires”. *Sexo y sexualidades en América Latina*, AAVV, Buenos Aires, Ed. Paidós, 1998: 231-256.
 25. Estévez Balado L. *Psicosis de la puerperalidad*. Tesis del profesorado, 1933: 24.
 26. Estévez Balado L. *Psicosis de la puerperalidad*: 26.
 27. Esquirol J.-E. (1894) *Memoria sobre la locura y sus variedades*, Ed. Dor, Madrid, 1991, p. 62.
 28. “El estado confuso-onírico es un “fondo” de desestructuración, en el que aparecen las modalidades negativas del “no ser consciente” en el punto máximo clínico y crítico de esta alteración. Pero esta ‘inconciencia’ es aún, más todavía que la del durmiente, una “conciencia” cuya modalidad subsistente corresponde a su posibilidad de constituirse en delirio onírico.”
“(…) el confuso vive una experiencia que se desarrolla, por así decirlo, fuera de sí mismo”
Ey subraya la *ausencia de sujeto* [por supuesto en los términos que él considera al sujeto]. “Él mismo está aquí sin estar aquí como fascinado por el caleidoscopio de la serie de imágenes”. Se resalta el carácter amnésico de la experiencia.
“La *ausencia* del sujeto en el sueño que fabrica (y en el que no figura más que separándose de sí mismo), es la atracción que ejerce sobre él y en él la potencia de lo imaginario que lo sumerge, este abismo excavado por él por el vértigo que lo lleva a se una cosa, a cesar de ser alguien, a inclinarse hasta caer fuera de sí mismo”. Ey H.; Bernard P. y Brisset Ch. (1978) *Tratado de psiquiatría*. Barcelona, Ed. Masson, 1996: 708.
 29. Ey H. *La conciencia*. Ed. Gredos, Madrid, 1967: 70-72 (el subrayado es nuestro).
 30. Fonso Gandolfo C. *Psicosis puerperales*. Tesis doctoral. Facultad de Ciencias Médicas, UBA, 1917: 81.
 31. Foucault M. *El nacimiento de la clínica*. México, Ed. Siglo XXI, 1999.
 32. Foucault M. *El nacimiento de la clínica*: 251.
 33. Foucault M. *El nacimiento de la clínica*: 254.
 34. “La medicina de las enfermedades ha terminado su tiempo; empieza una medicina de las reacciones patológicas, estructura de experiencia que ha dominado el siglo XIX y hasta cierto punto el XX ...”. Foucault M. *El nacimiento de la clínica*: 271.
 35. Foucault M. *El nacimiento de la clínica*: 275.
 36. Gallano C. “Cría cuervos ...”. *Revista Escansión – Ornitar?* Argentina, Ed. Paidós, 1984: 130-131.
 37. Acerca de la recepción equívoca de las diferentes lenguas “psi” en nuestro país ver: García G. *El psicoanálisis y los debates culturales. Ejemplos argentinos*, Argentina, Ed. Paidós, 2005.
 38. Gaupp R. (1914) *El caso Wagner*. Ed. Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, 1998.
 39. “... y entonces no [le] queda [a la mujer en cuestión] más solución que el crimen: el aborto, el parto prematuro provocado, el infanticidio tal vez, el suicidio o el homicidio”. González J. B. “La maternidad y el trabajo. La obstetricia y la ginecología en relación con el trabajo y sus accidentes”. *La semana médica*, 1923; (20): 50.
 40. Hacking I. *Mad travelers*. Boston, University Press Ed, 1997.
 41. Huertas R. “Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos”. *Revista Frena*; I-2-2001.
 42. Entre otros significados, Jaspers le otorga se ocupa del valor de vivencia (*Erlebniswert*) que posee un determinado acontecimiento ante el cual responde, “comprensiblemente”, una psique. En este sentido se separa el mecanismo psicopatológico de la reacción de otros como la *fase* y el *brote*. Ver: Jaspers K. (1946) *Tratado de psicopatología general*. México, FCE, 4ta. edición, 1993: 429-440.
 43. En 1850 la mortandad materna, que venía siendo muy alta a nivel mundial, debido a la temida fiebre puerperal, fue sofrenada exitosamente por un médico vienés. “(...) Semmelweis tuvo sospechas sobre el origen de la infección en 1840 y redujo la mortalidad en su servicio al obligar a sus subordinados a lavarse las manos.”, Knibiehler Y. *Historias de las madres y de la maternidad en occidente*, Buenos Aires, Ed. Nueva Visión, 2001: 75.
 44. Aunque en realidad el fórceps ya era un instrumento usado ya en el siglo XVII y perfeccionado en el XVIII por Levret en Francia y Smeille en Inglaterra, su utilización marcaba todo un comienzo acerca de las ambiciones masculinas en el campo de la obstetricia. Knibiehler Y. *Historias de las madres y de la maternidad en occidente ...* : 38.
 45. Knibiehler Y. *Historias de las madres y de la maternidad en occidente ...*: 53-74.
 46. De hecho, “Los grandes progresos de la obstetricia no se realizaron en el domicilio de las parturientas sino en los hospitales. Allí llegaban mujeres desgraciadas reducidas a la miseria más extrema ...” Knibiehler Y. *Historias de las madres y de la maternidad en occidente ...*: 75.
 47. Kretschmer E. (1950) *Paranoia et sensibilité*. París, Presses Universitaires de France, 1963.
 48. Lacan J. (1932) *De la psychose paranoiaque dans ses rapports avec la personnalité*, París, Éd. du Seuil, 1975.
 49. Lacan J. (1932) *De la psychose paranoiaque dans ses rapports*: 122-123.
 50. Lacan J. (1932) *De la psychose paranoiaque dans ses rapports*: 255.
 51. Lacan J. (1932) *De la psychose paranoiaque dans ses rapports*: 256.
 52. Lacan J. (1958) “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis”. *Escritos 1*. Buenos Aires, Ed. Siglo XXI, 1985: 559.
 53. Lacan J. (1972) Seminario libro XX. Aun. Barcelona, Paidós, 1981: 47.
 54. “Separare, separar ... se parere, el parirse de que se trata en este caso. ¿Cómo, desde este nivel, ha de procurarse el sujeto? Este es el origen de la palabra que designa en latín el parir ... Es término jurídico, como lo son, curiosamente por

- cierto, todas las palabras que designan el traer al mundo en indoeuropeo. La propia palabra parto tiene su origen en una palabra que, en su raíz, sólo significa procurar un hijo al marido, operación jurídica y, digámoslo, social." Lacan J. (1964) El seminario. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Buenos Aires, Ed. Paidós, 1985: 221-222.
55. "A pesar de que subsiste aun la costumbre de entregar a la partera, la parte normal de la obstetricia como sucedía por el pasado, con la única diferencia de que hoy se le da alguna instrucción, el médico ha empezado ya a ocuparse también de la asistencia de mujeres en sus partos normales..." (137) "Nadie ignora que solo excepcionalmente el médico o la médica, cabe decir también, son llamados de primer intento al lado de la mujer en trabajo de parto, y que la sustituta pasa a ser la jefe legalmente autorizada, y asume sobre ella la entera responsabilidad de todo lo que puede presentarse para invocar al médico cuando lo estime necesario. Ella es la preferida, la partera, quieran que no, pese a quien pese, duela a quien duela, ella es patrona y señora de la situación, y abuse o no abuse de ella, lo cierto es que si ella no lo reclama y la familia no se da cuenta, el médico no viene y se queda con toda la ciencia. Si esto es lo normal, y la partera sabe apenas lo necesario para vislumbrar la importancia de la profesión que ejerce, para nada nos sirve la sabiduría acumulada de tantas generaciones, y el poseer una ciencia cuyo conocimiento ha costado tantas vidas y tantos dolores. Para nada sirve si no hemos de difundirla y ponerla al alcance de quien la precisa, si hemos de apoderarnos de ella y acapararla ya que no somos los más indicados para prodigarla; la poseemos, mas no siempre podemos darla; ¿por qué entonces no somos generosos y la ponemos también en manos de su natural administradora: la partera?" (145). "Conferencia dada en la Asociación Obstétrica Nacional por la Sta. Dra. Julieta Lanteri". *Revista obstétrica*. Órgano de la Asociación Obstétrica Nacional de Parteras de Buenos Aires, 1907.
56. Lanterie-Laura G. *Essais sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, París, Ed. du Temps, 1998.
57. Lemoine-Luccioni E. *La partición de las mujeres*. Buenos Aires, Amorrortu editores, 1982: 29.
58. Ver: Levin S.; Matusevich D. y Nemirovsky M. "Categoría y dimensión en psiquiatría". *Vértex Revista Argentina de Psiquiatría*, Ed. Polemos, 2008.
59. Livianos Aldana L. "La recuperación de la información clínica de documentos de tiempos pretéritos". *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría*. Galicia, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2001.
60. El término disociativo tiene todo su peso en estas conceptualizaciones ya que nos permite el basamento psicopatológico desde donde fundar una clínica correlativa -neurosis/psicosis- dentro del ámbito de las locuras puerperales. Así como el profesor J. C. Maleval fue llevado hace tiempo a revitalizar el término "locura histérica" a la luz de la clínica y la historia (soslayando aún la imprecisiones teóricas por las cuales respondió en un texto postrero: *Lógica del delirio*, ediciones del Serbal, 1998), es menester retomar algunos hilos de su argumentación para cernir el término locura. Hablar de disociación, nos provee desde el punto de vista del psicoanálisis, un abordaje del estado -por decir así- "natural" del sujeto en tanto que escindido. Aquello que Freud denominaba *Spaltung* y que para el doctor Lacan sería el resultado del pasaje del viviente por el discurso del Otro. "En realidad, comenta Maleval, nada impediría que [los] analistas afirmen, como Janet a principios de siglo, que 'la disociación es el carácter esencial de todas las enfermedades del espíritu'. Me parece que la disociación psicótica es sólo un concepto vacío si no se insiste en su diferencia con la *Spaltung* de los sujetos neuróticos: la primera constituye una ruptura radical e insuperable entre el yo y el Otro en el psiquismo del sujeto". Maleval J. C. (1984) *Locuras históricas y psicosis disociativas*, Argentina, Ed. Paidós, 1987: 35.
61. Maleval J. C. *Lógica del delirio*. España, Ed. del Serbal, 1998: 69.
62. Maleval J. C. *Lógica del delirio*. España, Ed. del Serbal, 1998: 85.
63. A propósito de un análisis detallado de la simpatía en estas locuras es imprescindible revisar el libro de: Marcé L. (1858) *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices*. París, J. B. Baillière editions, 1858: 7-23.
64. *Memoria de la Sociedad de Beneficencia de la Capital*, Capítulo "Memoria del Hospital Nacional de Alienadas", pp. 179-199. Fuente: Museo Peralta Ramos, Hospital Rivadavia.
65. "El celibato, dice Dufour, que engendra tantos nacimientos ilegítimos y por consiguiente produce el abandono de los niños, y su mala educación, influye también sobre la producción de la locura. (...) el matrimonio y la vida de las familias serán poderosos preservativos de la locura, sobre todo si para desarrollarlos y fortificarlos se añade el espíritu de orden y de previsión, el deseo de prepararse recursos para las eventualidades desfavorables (...) Instrucción, familia, propiedad, he aquí la trinidad social que está llamada a regenerar las masas! Es hacia ella que deben tender todos nuestros esfuerzos." Meléndez L. y Coni E. *Consideraciones sobre la estadística de la enajenación mental en la pcia de buenos aires*, 1881: 29.
66. Monchablon Espinoza A. y Peralta M. I. *Psicosis puerperales*, Revista Alcmeon N° 15.
67. Morales N. *Delirio agudo*. Tesis. Facultad de Ciencias Médicas, UBA, 1878: 15-16.
68. Morales N. *Delirio agudo*: 17.
69. Para una lectura crítica de la visión de género y discursos, ver: Musachi G. *Mujeres en movimiento. Eróticas de un siglo a otro*. Buenos Aires, Ed. FCE, 2001.
70. Lo llama "fenómeno de autointoxicación onírica". Obarrio J. *Los estados depresivos de la mujer*, 1933: 132.
71. El Instituto de Maternidad (actual Maternidad Peralta Ramos) constituyó "el último jalón que señala la obra admirable y benemérita de la Sociedad de Beneficencia, en pro de la maternidad. El 2 de enero de 1823, fue hecho público un decreto fundado por la Sociedad de Beneficencia, suscrito por el Gobernador Martín Rodríguez y su Ministro Secretario de Gobierno, D. Bernardino Rivadavia ... [mediante un decreto] se establecía la fundación de la "Casa de Partos Públicos y Ocultos", dependiente de la Sociedad de Beneficencia, pero dicha Casa nunca llegó a fundarse ... En 3 de noviembre de 1853, el Goernador Obligado, resuelve destinar una Sala del Hospital de Mujeres ... para servicio exclusivo de Partos. Esta fue la primera Sala de Partos de Buenos Aires, conocida genéricamente con el nombre de "la Maternidad", y colocada bajo el patrocinio de San Ramón. No tenía más que ocho camas y un pequeño aposento para la enfermera que hacía de partera, y que después obtuvo el título de tal ... [allí fue] donde se dictó el primer curso de Obstetricia y radicó la primera Escuela de Parteras, a cargo del Profesor D. Francisco Muñiz ..." Peralta Ramos A. "El Instituto de Maternidad. Su historia, fines, construcción, costo y sostenimiento. Organización, funcionamiento, etc." *Sociedad de Beneficencia de la Capital*. Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas, Buenos Aires, 1935: 31.
72. La reabsorción del cuadro dentro del grupo de las psicosis fásicas ya había sido propuesta muchos años antes. Ver: Pérez M. y Guiroy A. (1931) "Psicosis puerperales a repetición". *Revista Boletín de la Sociedad Obstétrica y Ginecológica de Buenos Aires*; (10): 379-384.
73. Pita S. "Damas, locas y médicos. La locura expropiada". *Sexo y sexualidades en América Latina*, AAVV, Buenos Aires, Ed. Paidós, 1998: 273-293.
74. Plumed J. y Rey A. (2004) "Las historias clínicas del manicomio Nueva Belén". *Revista Frenia*, Vol. IV-1-2004.
75. Regis E. *Tratado de psiquiatría*. 4ta. Ed. Traducida por el Dr. César Juarróz. Madrid, 1911: 396.
76. Robertson E.; Jones I.; Haque S.; Holder H. y Craddock N. "Risk of puerperal and non-puerperal recurrence of illness following bipolar affective puerperal (post-partum) psychosis". *British Journal of Psychiatry*, 2005, (186): 258-259.
77. - Rossi, Alberto, *Psicosis puerperales*, Tesis, 1908 - Cisternas, Ramón, *Psicosis puerperal*, Tesis, 1911

- Dedomenici, Pedro, *Psicosis puerperal*, Tesis, 1914
- Rufino, Laureano, *Locura puerperal*, Tesis, 1915
- Fonso, Luis, *Psicosis puerperal*, 1917
- Estévez Balado, Luis, *Psicosis de la puerperalidad*, Tesis de profesorado, 1933.
78. Sólo a título de ejemplo podríamos mencionar el trabajo práctico de Federico Rojas acerca del estado mental de doña Francisca Gonzáles de Floja. Se trata de una enferma ingresada en el Hospital de Alienadas y que padece de locura puerperal. *Informe médico legal, presentado por Federico Rojas sobre el estado mental de doña Francisca Gonzáles de Floja*. Cátedra de Medicina Legal, Facultad de Ciencias Médicas, UBA, 1919 (s/f). Fuente: Biblioteca de Graduados.
79. Rossi A. *Psicosis puerperales*. Tesis doctoral. Facultad de Ciencias Médicas, UBA, 1908, p. 33.
80. "Y si la mujer lleva en sí algo sagrado, algo que debe seriamente preocupar al médico, es lo que podríamos llamar la salud de su aparato genital". Saborido J. *Higiene en la mujer*. Tesis. Facultad de Ciencias Médicas, UBA, 1911: 34.
81. "Las PP, siendo el producto de toxinas e infecciones, sobre el sistema nervioso central, en un terreno predispuesto por la herencia y el medio ambiente, el tratamiento racional es el antitóxico y anti infeccioso, no sólo desde el punto de mira local, sino general." Rufino L. *Locura puerperal*,. Tesis doctoral. Facultad de Ciencias Médicas, 1915: 93.
82. Lo reactivo también introdujo en psicopatología el problema de la causa en términos de externo/interno o mejor dicho exógeno/endógeno: "...los tipos de reacción exógena de Bonhöffer fueron el primer ejemplo práctico importante que se oponía a la exageración del principio etiológico en la psiquiatría clínica. Su establecimiento fue consecuencia del hecho de que en las más diversas psicosis sintomáticas aparecen los mismos cuadros, en especial delirios, cuadros estuporosos, epileptoide-angustiosos, crepusculares, amenciales y el complejo sintomático amnésico (...) Specht sostuvo, contra Bonhöffer, la opinión de que resulta imposible separar los cuadros exógenos de los endógenos. Los cuadros por agresiones exógenas serían, en realidad, también endógenos, sólo que exógenamente desencadenados, y entre los cuadros exógenos, sólo que exógenamente desencadenador y entre los cuadros exógenos y endógenos no habría más que una diferencia cuantitativa". (31) Existe la denominación "sintomática" para aquellas psicosis de las cuales se sabe algo sobre el origen.
- " (...) Allí donde sea posible debe diagnosticarse la causa corporal que determina la existencia del trastorno psicótico, sin pararse a determinar el tipo psíquico. Únicamente así puede justificarse en psiquiatría la palabra diagnóstico tomada en su sentido estricto (Jaspers)"
- " (...) Prescindimos de aquellas exageraciones que consideraran nosológicamente uno y lo mismo el delirio agudo de las psicosis sintomáticas y la esquizofrenia, y ven en el delirio agudo tan sólo una esquizofrenia aguda y en la esquizofrenia un delirio crónico (Menninger)." (34) Schneider K. *Problemas de patopsicología clínica*. Madrid, Ed. Morata, 1947.
83. Searle J. *The Construction of Social Reality. La construcción de la realidad social*. Ibérica, Ed. Paidós, 1997, y la crítica desde adentro que realiza Ian Hacking en la introducción a su libro: *La construcción social de qué?*, España, Ed. Paidós, 2001.
84. Sosa y Sánchez A. I. "Protección materna". *Rev. La semana médica*, Abril 1926: 946-950.
85. Sosa y Sánchez A. I. "Protección materna": 948.
86. "El término *Amencia* fue rescatado fecundamente por el psicoanálisis en la obra de Freud, pero olvidado por la psiquiatría a partir de su absorción y dilución en las nosografías y mecanismos psicopatológicos propuestos por E. Kraepelin, en la demencia precoz y E. Bleuler en la esquizofrenia. Nunca usado en la clínica francesa en la que corresponde a la confusión mental (cuando subyace a la psicosis una enfermedad somática grave) o a la bouffée délirante (cuando no hay base orgánica demostrable); fue englobado en los países anglosajones en el concepto de delirium y no debe confundirse con la noción inglesa de amencia que designa a la oligofrenia primaria". Stagnaro J. C. (1998). De la introducción al texto de Theodor Meynert, "La Amencia o confusión". En: *Alucinar y delirar 1*. Buenos Aires, Ed. Pol-emos, 1998: 173.
87. Strauss L. *Antropología estructural*. Buenos Aires, Ed. Paidós, 1987: 214.
88. En el francés la palabra reacción aparece en la psicopatología ya avanzado el siglo XIX, aunque ya Cabanis se había servido de ésta para reducir la moral a la física. Posteriormente lo funcional se asimilará a lo reactivo como protesta contra el organicismo. Berheim dirá que esta palabra adquirió tan amplio sentido que ya no podrá ser definida en tanto no transmite un significado preciso, lo que hará que prácticamente reemplace el sintagma *reacción moral* por *sugestión* (en la institución de la hipnosis). Ver: Starobinski J. *Acción y reacción. Vida y aventuras de una pareja*. México, FCE, 2001: 167-249.
89. Starobinski J. *Acción y reacción. Vida y aventuras de una pareja*: 504.
90. Starobinski J. *La relación crítica*. Capítulo II: "Sobre la historia de los fluidos imaginarios". Buenos Aires, Ed. Nueva Visión, 2008: 161-191.
91. Starobinski J. *La relación crítica*: 167.
92. Trongé F. (1905). *Contribución al estudio del tratamiento de la infección puerperal*. Trabajo presentado a la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires al terminar el primer año de su adscripción a la Cátedra de Clínica Obstétrica. Fuente: Academia Nacional de Medicina.
93. "La herencia neuropática, así como los antecedentes personales, que revelaran taras psíquicas, fueron escasas veces verificados; la toxemia durante el embarazo, así como la infección durante el puerperio fueron más raras aún" Uranga F. y Dubrovsky R. *Psicosis puerperal*. Fuente: Biblioteca de Graduados de la Facultad de Medicina, 1939: 2442.
94. Weibel H. y Metzger J.-Y. (2005) "Psicosis delirantes agudas". EMC, 2005.

Trastorno Límite de la Personalidad. Reino de mujeres, tierra sin hombres

Martín Ruiz

*Médico especialista en Psiquiatría. Coordinador Sala de Internación. Servicio de Psiquiatría Hospital Italiano de Buenos Aires
E-mail: martin.ruiz@hospitalitaliano.org.ar*

María Carolina Vairo

Médica especialista en Psiquiatría. Coordinadora Atención Domiciliaria. Servicio de Psiquiatría Hospital Italiano de Buenos Aires

"Something is wrong with her"

Deutsch H, 1942

Introducción

El concepto de género es una construcción que posee una dimensión histórico-social. Se construye mediante procesos sociales de comunicación, a través de manejos de poder, transmitiéndose de formas sutiles durante los procesos de crianza y educación (20).

No es la anatomía lo que posiciona a mujeres y hombres en ámbitos y jerarquías distintos, sino la simbolización que las sociedades hacen de ella.

Existen ciertas diferencias de temperamento entre las personas; diferencias que son hereditarias y se establecen poco después del nacimiento. La cultura trabaja sobre estas cualidades innatas propiciando ciertos rasgos considerados como deseables e incorporándolos al tejido social a través de sus manifestaciones: la crianza, los juegos infantiles, las canciones, la organización

política, las ceremonias religiosas, las creaciones artísticas, la filosofía, etc.

Ser hombre está asociado a la virilidad, a la potencia sexual, a la valentía, a la responsabilidad, a la fortaleza; se espera de ellos la iniciación sexual temprana, el control sobre la sexualidad femenina y el dominio sobre las mujeres y los niños. En cambio, para las mujeres las normas de género incluyen la inocencia sexual, la ignorancia y la inexperiencia, la pasividad, la habilidad de procrear hijos y la atención prioritaria al cuidado de la familia y el hogar (31).

El género determina el poder diferencial y el control que los hombres y las mujeres tienen sobre los determinantes socioeconómicos de sus vidas y de su salud mental, su posición y condición social, el modo en que son

Resumen

En la última década la literatura sobre la relación entre género y trastorno límite de la personalidad (TLP) generó mucha controversia y poca claridad. Recientemente, el TLP fue caracterizado como la "chica mala" de las etiquetas psiquiátricas (5); una acusación que implica una mayor utilización de este diagnóstico en las mujeres y un sesgo de género en la identificación de esta patología. El DSM IV establece que el trastorno límite de la personalidad se diagnostica predominantemente (75%) en mujeres (10). La cuestión esencial a plantear entonces es si la mayor prevalencia en mujeres se debe a un sesgo en la muestra o en el diagnóstico o si reflejaría una diferencia biológica o sociocultural entre hombres y mujeres. El objetivo de este trabajo es mostrar y delinear algunas cuestiones sobre la aparente diferencia 3:1 entre mujeres y hombres con esta patología.

Palabras clave: Trastorno límite - Personalidad - Género - Sesgo.

BORDERLINE PERSONALITY DISORDER. KINGDOM OF WOMEN, LAND WITHOUT MEN

Abstract

In the last decade, literature concerning gender and borderline personality disorder has aroused much controversy and little lightness. Recently, borderline personality disorder has been characterized as the "bad girl" of the psychiatric terms; this implies a bigger use of this diagnose in women and a biased gender in the identification of this disorder. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders states that borderline personality disorder is mostly diagnosed in women (75%). The essential question to discuss is whether the larger prevalence in women is due to a biased sample or a biased diagnoses or it reflects a socio-cultural and biological difference between men and women. The aim of this paper is to analyze some issues about the difference 3:1 women and men in this disorder.

Key words: Borderline - Personality - Gender - Bias.

tratados dentro de la sociedad y su susceptibilidad y exposición a riesgos específicos para la salud mental.

En la última década la literatura sobre la relación entre género y trastorno límite de la personalidad (TLP) generó mucha controversia y poca claridad. Recientemente el TLP fue caracterizado como la “chica mala” de las etiquetas psiquiátricas (5); una acusación que implica una mayor utilización de este diagnóstico en las mujeres y un sesgo de género en la identificación de esta patología.

El hecho de que aproximadamente el 70% de las personas con personalidad borderline sean mujeres (41, 45), plantea la pregunta de cómo la cultura afecta la condición y manifestación de este trastorno. Claramente los cuestionamientos acerca de la personalidad deben tomar en cuenta la raza, la cultura, el ambiente social y las ideologías de género que dan forma a este funcionamiento. Algunos antropólogos médicos han denominado a este terreno la cultura de la biomedicina, la fachada cultural de las clasificaciones psiquiátricas, los variados significados de los cambios corporales en salud y enfermedad, y las diferencias culturales en los conceptos de normalidad y anormalidad (35).

Existen escasos estudios transculturales sobre trastornos severos de personalidad y de literatura antropológica enfocada profundamente en el TLP (35). Algunos sociólogos han estudiado las tendencias de género en la psiquiatría general (8), las diferencias de género en la enfermedad mental como evidencia de la organización social en sociedades patriarcales (38), la psicología cultural que subyace a la clasificación psiquiátrica (16), el crecimiento de los diagnósticos psiquiátricos como expresión de la “remedicalización” de la psiquiatría (33), y los problemas de validación diagnóstica de los trastornos de la personalidad en general (32); sin embargo, pocos han estudiado el TLP. Una excepción la constituye el sociólogo Wirth-Cauchon, quien presentó una recopilación del diagnóstico borderline como la medicalización de los sentimientos y conductas autoagresivas de las mujeres en respuesta a las contradicciones de género y violencia de la sociedad moderna actual (47).

A pesar de que existen numerosos estudios sobre la epidemiología del TLP, su prevalencia real por género en la población general aún no se conoce con exactitud.

El objetivo de este trabajo es mostrar y delinear algunas cuestiones sobre la aparente diferencia 3:1 entre mujeres y hombres con esta patología.

Trastorno Límite de Personalidad: sesgo de género

El DSM IV establece que el trastorno límite de personalidad se diagnostica predominantemente (75%) en mujeres (10). La cuestión esencial a plantear entonces es si la mayor prevalencia en mujeres se debe a un sesgo en la muestra o en el diagnóstico o si reflejaría una diferencia biológica o sociocultural entre hombres y mujeres (37).

Desafortunadamente, los estudios de sesgo de género son equívocos. Investigaciones que evalúan el sesgo específicamente en este diagnóstico arrojan resultados contradictorios (53). A pesar de que estudios empíricos

con muestras clínicas reportan, en general, mayor prevalencia en mujeres (29), trabajos realizados en pacientes ambulatorios con depresión mayor encuentran que los hombres tienen criterio de TLP más frecuentemente (9) o que no existe diferencia de género significativa (19). El único estudio basado en representación poblacional para evaluar la prevalencia del TLP en muestras comunitarias fue realizado en Noruega por Torgensen y cols. en 2001 y no halló diferencias significativas de género (42).

Las investigaciones que sostienen la existencia de un sesgo de género en el TLP encuentran que los clínicos tienden a diagnosticar más este trastorno en mujeres (4), pero existen estudios análogos que no encuentran relación entre el diagnóstico y el género del paciente (2).

Zanarini (52) encontró diferencias de género en el tipo de trastorno del control de los impulsos en que se “especializan” los hombres y las mujeres. Los hombres presentan en mayor medida abuso de sustancias y las mujeres mayores trastornos de conducta alimentaria.

En otro estudio, Zlotnik encontró que los hombres con diagnóstico de TLP presentan más abuso de sustancias y trastorno antisocial de la personalidad comórbido mientras que las mujeres más alteraciones alimentarias (79). Sin embargo, no halló diferencias de género en el grado de deterioro; ambos sexos presentarían el mismo nivel de funcionamiento aunque lo expresarían de distintas maneras (54).

Desde la teoría de Linehan de la invalidación emocional (25) la diferencia de género en la frecuencia del diagnóstico de TLP se podría explicar, en cierto sentido, porque las madres tienden a mostrar respuestas emocionales más congruentes hacia la sonrisa de los hijos varones que hacia la sonrisa de las niñas. La tendencia a imitar las conductas de expresión emocional de los hijos constituye un factor importante en ambientes óptimos de desarrollo; la falla en la imitación o la imitación no congruente se relacionan a maduraciones emocionales tórpidas (28).

Linehan (25) agrega que las niñas podrían verse afectadas si sus capacidades y talentos coinciden con aptitudes recompensadas en los varones pero invalidadas en las mujeres. Las habilidades mecánicas, los logros deportivos, el interés por la ciencia y la investigación y el pensamiento lógico son ejemplos de capacidades valoradas en los niños más que en las niñas. Cualquier sensación de confianza y orgullo puede ser fácilmente invalidado en las niñas con estas características; cuando los talentos valorados en los hombres no coinciden con los talentos e intereses valorados en las mujeres, las niñas no sólo no son recompensadas por sus características sino que además son condenadas por sus conductas “masculinas”. Más aún, cuando las niñas tienen un temperamento no congruente con lo que se espera de ellas, la situación se complejiza. Se valora la suavidad, la generosidad, el afecto, el respeto hacia los otros, la empatía, la “femineidad”, características que no corresponden a un temperamento difícil (14, 46).

Para la niña que es castigada por tener características que interfieren con el ideal de mujer cultural, la vida puede ser aún más difícil si tiene hermanos que no son castigados por tener las mismas conductas o hermanas

que logran los estándares de femineidad. En estas condiciones es imposible pensar cómo esa niña puede crecer sin pensar que "hay algo malo en ella" (25).

Kaplan, en un importante artículo de la *American Psychologist*, fue la primera en plantear el problema del sesgo de género en los diagnósticos psiquiátricos del DSM. Ella postuló que los expertos del grupo de trabajo del DSM III (en su mayoría hombres) utilizaron características masculinas como patrón de salud y de enfermedad, de tal manera que las mujeres que cumplían estereotipos específicos quedaban claramente del lado de la patología (24).

Un dato de consideración es que la lista de contribuyentes para el DSM II incluía a 37 hombres y a 3 mujeres mientras que la lista equivalente para el DSM IV incluyó a 26 hombres y a 11 mujeres; a pesar de estas proporciones, es justo decir que un aumento en la proporción de mujeres no garantiza una visión de género en la agrupación de los síntomas psiquiátricos.

Frances y cols. (15) reconocen que "preocupaciones acerca de un sesgo de género son comprensibles. Los criterios del DSM III/DSM III R para diagnosticar trastornos de personalidad fueron construidos, en su mayor parte, por hombres con escasa información proveniente de investigación empírica sistemática. No sería sorprendente encontrar que los médicos varones tendrían mayor facilidad para atribuir rasgos maladaptativos femeninos que masculinos".

El grupo de trabajo sobre la mujer del DSM sostiene que muchas de las situaciones clasificadas como trastornos de la personalidad representan respuestas a problemas situacionales antes que rasgos de personalidad. Por ejemplo, el tolerar una situación de violencia por parte de una mujer puede tener que ver con el temor a que una reacción pueda conducir a un daño físico aún mayor; ese rasgo de sometimiento puede desaparecer cuando la mujer sale de la situación de abuso (33, 35, 45).

Stotland (39) plantea firmemente que existe una potenciación entre la distribución de los diagnósticos de acuerdo al género y a los diagnosticadores; sostiene que el hecho de que un diagnóstico sea más común entre las mujeres puede influenciar a los/as psiquiatras para que las mujeres sean colocadas en dicha categoría diagnóstica. También señala que no se puede desconocer la asociación existente entre sexo femenino y algunos diagnósticos como trastorno histriónico de la personalidad, desórdenes de la alimentación y desórdenes por somatización.

Akhtar sostiene que los factores culturales podrían explicar las diferencias de género y otras manifestaciones en los trastornos severos de la personalidad (1). Por ejemplo, la baja prevalencia del trastorno antisocial entre las mujeres podría deberse al gran control social de la conducta femenina. Cuando las circunstancias sociales se modificaron y las mujeres tuvieron más libertades, aparecieron más casos de mujeres antisociales (6).

Wright y Owen postulan que las mujeres son más emocionales y dependientes en sus vínculos, por lo que los estereotipos de género afectan a las mujeres y la expresión de sus alteraciones psicopatológicas (48).

Widiger ha estudiado sistemáticamente las causas de por qué los diagnósticos de personalidades borderline,

histriónica y dependiente son más frecuentes en mujeres, sugiriendo la existencia subyacente de un sesgo de género importante. Detalla que existirían una construcción diagnóstica sesgada, un muestreo poblacional sesgado, una aplicación de criterios diagnósticos sesgada y elementos de evaluación sesgados (45).

Trastorno Límite de la Personalidad: abuso sexual y género

Los derechos humanos son universales, y la violencia contra las mujeres ha hecho universales los abusos contra los derechos humanos. Las mujeres están unidas por un denominador común: la violencia, a menudo perpetrada por el Estado, por grupos armados, por la comunidad en la que viven o por su propia familia (3).

Se calcula que una de cada tres mujeres en el mundo es golpeada, obligada a mantener relaciones sexuales, o sometida a algún otro tipo de abusos a lo largo de su vida (50). Al menos 1 de cada 5 mujeres sufren violaciones o intentos de violaciones a lo largo de su vida.

La violencia de género no es el resultado de casos inexplicables de conducta desviada o patológica; se trata, más bien, de una práctica aprendida, consciente y orientada, producto de una organización social estructurada sobre la base de la desigualdad entre hombres y mujeres (34).

El mundo privado familiar, lugar privilegiado de circulación de los afectos, es un mundo conocido por las mujeres. El rol femenino centrado en la maternidad, se extiende a casi todas las relaciones humanas, generando la "maternalización" de todos los roles: madres de los hijos, madres de los esposos o parejas, madres de los padres. Este centramiento en el dar afecto lleva implícita la expectativa de igual retribución. Y el sentimiento de frustración surge porque el dar afecto, tiempo, comprensión y atención a la situación y necesidades de los otros, se sostiene sobre la postergación a la atención de las propias necesidades y deseos. De tal modo, las relaciones basadas en la dependencia afectiva, sobre la base de la postergación de uno de los integrantes de la relación, es una modalidad de vínculo destinado social y culturalmente a las mujeres. Las mujeres han aprendido a sentar las bases de su existencia en la generación de relaciones con un alto componente de dependencia afectiva (50).

Entre la amplia gama de trastornos de salud mental que padecen las mujeres abusadas -y, en particular, aquellas que son víctimas de violencia sexual-, figuran el estrés postraumático, depresión, ansiedad, desórdenes de la alimentación y del sueño, falta de concentración, trastornos de personalidad y obsesivo-compulsivo, así como sentimientos de ira, humillación y autoacusación. Entre el 50% a 60% de las sobrevivientes de violación experimenta severos problemas sexuales, incluyendo miedo al sexo, problemas de excitación sexual y funcionamiento sexual disminuido (27).

La relación entre trastorno de personalidad tipo límite y experiencias precoces de abuso ha quedado claramente documentada. Los pacientes con TLP refieren la tasa más alta de exposición a hechos traumáticos (particularmente para los traumas sexuales, incluyendo

el abuso sexual en la infancia) (49). Existiría una relación específica entre TLP y trauma sexual. A su vez, el maltrato en la infancia es sufrido con mayor frecuencia por mujeres y cuando la violencia de género es sufrida preferentemente en la infancia, adolescencia o a lo largo de la adultez temprana, genera alteraciones severas de la personalidad, en muchas ocasiones subdiagnosticadas, y por ende, no tratadas adecuadamente (21, 36, 51).

La forma más extrema de discriminación sexual es el abuso físico; las mujeres tienen de 2 a 3 veces más riesgo de ser víctimas de abuso sexual que los varones (13). La prevalencia de abuso sexual en la infancia en mujeres que cumplen criterios para TLP es de tal magnitud que no puede ser ignorado como factor etiológico importante (25). El 86% de los pacientes con TLP reportaron abuso sexual en comparación con el 34% de otros pacientes psiquiátricos internados (7). Entre los individuos con TLP ambulatorios los reportes de abuso sexual varían entre el 67% y el 76%, mientras que en pacientes ambulatorios sin TLP las cifras ascienden a 26% (22).

Ya que el abuso sexual infantil juega como factor causal en el TLP, la preponderancia femenina tiene sentido: las mujeres sufren más delitos de índole sexual que los hombres.

Trastorno Límite de Personalidad y género: aspectos biológicos

Existe evidencia de agregación familiar en el TLP (23, 26). Links y cols. encontraron una tasa elevada de TLP en familiares de primer grado de pacientes con TLP (26). A pesar de que existen muchos estudios que evalúan a hijos de madres con otras patologías psiquiátricas, hay pocos estudios empíricos de la psicopatología de hijos de madres con TLP (12, 18, 23, 43). Todos estos estudios encuentran más trastornos psiquiátricos, más impulsividad y mayor frecuencia de patología límite en hijos de mujeres con TLP.

Svrakic y cols. se basan en un modelo biosocial de la personalidad y explican que los individuos con TLP se caracterizan por un temperamento explosivo. Este temperamento incluye una importante búsqueda de emociones y novedades, una elevada evitación del daño y una baja recompensa a la dependencia (40). Los individuos tienden a estar tensos, preocupados, inseguros, negativos y pesimistas. El temperamento se transmite genéticamente.

Carol Gilligan explica que las teorías y descripciones de la conducta que pretenden ser neutrales de género en su objetividad científica presentan, en realidad, un claro sesgo en donde el funcionamiento masculino tiende a evaluarse como normal o maduro y el patrón femenino como inmaduro (17).

Los mecanismos de defensa utilizados más frecuentemente por las mujeres (regresión, somatización, formación reactiva, altruismo) conciben con el estereotipo femenino. Los impulsos hostiles se convierten en sentimientos positivos y el estrés se orienta hacia la ayuda al otro. Además, proyectar el conflicto intrapsíquico en el cuerpo está culturalmente aceptado para la mujer. Por su parte, los hombres utilizan la represión y la negación de

sentimientos y de conflictos intrapsíquicos, armonizando con el estereotipo masculino (11).

El eje hipotálamo-hipofiso-adrenal (HHA) es más reactivo al estrés en mujeres que en hombres. Las ratas femeninas expuestas a estrés prenatal desarrollan niveles de ACTH y corticoides mayores, como adultas, en respuesta a la restricción; mientras que las ratas masculinas adultas sometidas al mismo proceso no lo producen. Algunos autores plantean que la diferencia sexual en la respuesta del eje HHA al estrés puede deberse al rol de los esteroides gonadales. La castración aumenta la respuesta adrenal al estrés en la rata masculina adulta y la administración de estrógenos en ambos sexos aumenta la secreción de corticoides basal acompañado por una gran respuesta de ACTH y cortisol al estrés. Las ratas masculinas disminuyen la respuesta de ACTH al estrés luego de una exposición exógena de glucocorticoides, mientras que las ratas femeninas mantienen una respuesta de ACTH similar a la del momento anterior de la administración de glucocorticoides. Las ratas ooforectomizadas presentan una respuesta intermedia. Estos estudios sugieren que los cambios neuroquímicos que se producen por estrés en la infancia pueden perdurar y serían diferentes en hombres y mujeres, creando una vulnerabilidad específica de género hacia la depresión en la mujer (44).

Los diferentes roles de género podrían ser un factor que determine por qué el TLP es un problema particularmente femenino. Biológicamente y culturalmente los hombres tienen una tendencia mayor que las mujeres a actuar con agresión directa hacia otros. Las mujeres, más frecuentemente, reprimen la agresión hacia fuera, volcándola contra ellas mismas o exponiéndose indirectamente. Esto llevaría a las constantes autoagresiones típicas de este diagnóstico (30).

Los hombres toman mayores riesgos físicos, se involucran en actividades imprudentes o provocan reacciones de violencia en otros. A veces, estas conductas pueden verse equivalentes emocionalmente a la autoagresión deliberada del TLP.

La imprudencia es una característica del Trastorno Antisocial de la Personalidad. Si bien ambos diagnósticos son diferentes, comparten alteraciones emocionales intensas y ambos presentan inestabilidad y serias dificultades vinculares. La prevalencia de hombres con diagnóstico de personalidad antisocial se correlaciona con el exceso de mujeres entre las personas con TLP.

El consumo excesivo de sustancias también podría ser una dinámica borderline encubierta. Las drogas alteran el estado de ánimo y frecuentemente se utilizan impulsivamente en respuesta al rechazo, la ira y la soledad. Pueden ser conductas autodestructivas y llevar más fácilmente a situaciones peligrosas (30).

En las últimas décadas ha habido difusión de las barreras de los roles de género. Esto podría contribuir a la fragmentación de la identidad, fenómeno central en el individuo con TLP. Esta difusión afecta tanto a hombres como mujeres pero quizá requiere mayores ajustes y necesidad de cambio en el estilo de vida y en las identificaciones de las mujeres (30).

Conclusión

La revisión de investigaciones empíricas sobre la etiología, la epidemiología y el sesgo de género en el trastorno límite de personalidad procura un acercamiento al interrogante de esta patología en el sexo femenino, a la vez que provee interesantes lineamientos para futuras investigaciones.

La alta prevalencia del TLP en mujeres en nuestra práctica clínica cotidiana dispara interrogantes sobre los aspectos biológicos, socio-culturales y estadísticos que

confluyen a su vez en interrogantes sociológicos y antropológicos.

Impresiona que los diferentes acercamientos psicológicos y psiquiátricos serían insuficientes para estas cuestiones, dejando por delante preguntas sin responder.

Sin duda que los datos clínicos y epidemiológicos aportan evidencia; sin embargo, todavía, al igual que en muchas otras subespecialidades psiquiátricas, falta recorrer el largo camino de los orígenes de los trastornos mentales y el por qué de su prevalencia ■

Referencias bibliográficas

- Akhtar S. Quest for answers: A primer of understanding and treating severe personality disorders. Northvale NJ, Jason Aronson, 1995.
- Adler DA, Drake RE, Teague GB. Clinicians' practices in personality assessment: Does gender influence the use of DSM III Axis II? *Compr Psychiatry* 1990; 31: 125-133.
- Amnistía Internacional. Está en nuestras manos. No más violencia contra las mujeres. 2004.
- Becker D, Lamb S. Sex bias in the diagnosis of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder. *Psychol Res Pract* 1994; 25: 55-61.
- Becker D. When she was bad: borderline personality disorder in a posttraumatic age. *Am J Orthopsychiatry* 2000; 70: 422-432.
- Bjorklund P. No man's land: gender bias and social constructivism in the diagnosis of borderline personality disorder. *Issues Ment Health Nurs* 2006; 27: 3-23.
- Bryr JB, Nelson BA, Miller JB, Krol PA. Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 1426-1430.
- Busfield J. Sexism and psychiatry. *Sociology* 1989; 23 (3): 343-364.
- Carter JD, Joyce PR, Mulder RT, Sullivan PF, Luty SE. Gender differences in the frequency of personality disorders in depressed outpatients. *J Pers Disord* 1999; 13: 67-74.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association: 4th ed., Text Revision. Washington DC, American Psychiatric Association, 2000
- Feldman AA, Araujo KB, Steiner H. Defence mechanisms in adolescents as a function of age, sex, and mental health status. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 34: 1344-1354.
- Feldman RB, Zerkowitz P, Weiss M, Vogel J, Heyman M, Paris J. A comparison of the families of mothers with borderline and non borderline personality disorders. *Compr Psychiatry* 1995; 36: 157-163.
- Finkelhor D. Sexually victimized children. New York, Free Press, 1979.
- Flaherty J, Richman J. Gender differences in the perception and utilization of social support. *Soc Sci Med* 1989; 28: 1221-1228.
- Frances A, Mack AH, First MB, Widiger TA, Ross R, Forman L, et al. DSM-IV meets philosophy. *J Med Philos* 1994; 19 (3): 207-18.
- Gaines AD. From DSM-I to III-R; Voices of self, mastery and the other: A cultural constructivist reading of U.S. psychiatric classification. *Soc Sci Med* 1992; 35 (1): 3-24.
- Gilligan C. In a different voice: Psychological theory and women's development. Cambridge, Harvard University Press, 1982.
- Goldman SJ, D'Angelo EJ, De Maso DR. Psychopathology in the families of children and adolescents with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1832-1835.
- Golomb M, Fava M, Abraham M, Rosenbaum JF. Gender differences in personality disorders. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 579-582.
- Gutiérrez MA. Género, Cuerpo y salud: reformulando conceptos. Ponencia presentada en las IV Jornadas de Salud y Población. Buenos Aires, Instituto Gino Germani, 2001.
- Haugaard JJ. Recognizing and Treating Uncommon Behavioural and Emotional Disorders in Children and Adolescents Who Have Been Severely Maltreated. *Child Maltreat* 2004; 9: 139-145.
- Herman JL, Perry JC, Van der Kolk BA. Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 189; 46: 490-495.
- Johnson BA, Brent DA, Connolly J, et al. Familial aggregation of adolescent personality disorders. *J Am Acad Child Psychiatry* 1995; 34: 798-804.
- Kaplan M. A woman's view of DSM-III. *Am Psychol* 1983; 38: 786-792.
- Linehan M. Chapter 2: Dialectical and biosocial underpinnings of treatment. En: Linehan M. Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press; 1993. p. 28-65.
- Links PS, Steiner B, Huxley G. The occurrence of borderline personality disorder in female patients. *J Pers Disord* 1988; 2: 14-20.
- Lori H. Violencia contra la Mujer: la Carga Oculta de Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Washington DC, OPS, 1994. p. 25-28.
- Maatesta CZ, Haviland JM. Learning display rules: the socialization of emotion expression in infancy. *Child Develop* 1982; 53: 991-1003.
- Maier W, Lichtermmann D, Klinger T, Heun R, Hallmayer J. Prevalence of personality disorders in the community. *J Pers Disord* 1992; 6: 187-196.
- Moskovitz R. Suffer the little children. Chapter 5. En: Moskovitz R. Lost in the mirror: an inside look at Borderline Personality Disorder. 2nd Ed. Maryland; Taylor Trade Publishing; 2001. p. 29-35.
- Palma Z, Zamberlin N. Salud sexual y reproductiva, género y anticoncepción. 1998.
- Pilgrim D. Disordered personalities and disordered concepts. *J Ment Health* 2001; 10 (3): 253-265.
- Rogler LH. Making sense of historical changes in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Five propositions. *J Health Soc Behav* 1997; 38 (1): 9-20.
- Ruiz-Pérez I, Blanco Prieto P, Vives-Cases C. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gac Sanit* 2004; (Supl 2): 4-12.
- Sargent C. Gender, body, meaning: Anthropological perspectives on self-injury and borderline personality disorder.

- Philos Psychiatr Psychol* 2003; 10 (1): 25-27.
36. Simeon D, Nelson D, Elias R, Greenberg J, Hollander E. Relationship of personality to dissociation and childhood trauma in borderline personality disorder. *CNS Spectr* 2003; 8: 755-762.
 37. Skodol AE, Bender DS. Why are women diagnosed borderline more than men? *Psychiatric Q* 2003; 74: 349-360.
 38. Smith DE. The statistics on women and mental illness: The relations of ruling they conceal. In: Smith DE (ed.) *The conceptual practices of power: A feminist sociology of knowledge*. Boston: Northeastern University Press; 1990. p. 107-138.
 39. Stotland NL. Menopause: social expectations, women's realities. *Arch Womens Ment Health* 2002; 5 (1): 5-8.
 40. Svrakic DM, Whitehead C, Przybeck TR, Cloninger CR. Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 991-999.
 41. Swartz M, Blazer D, George L, Winfield I. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *J Personal Disord* 1990; 4: 257-272.
 42. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 590-596.
 43. Weiss M, Zelkowitz P, Feldman RB, Vogel J, Heyman M, Paris J. Psychopathology in offspring of mothers with borderline personality disorder: a pilot study. *Can J Psychiatry* 1996; 41: 285-290.
 44. Weiss EL, Longhurst JG, Mazure CM. Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 816-828.
 45. Widiger TA. Invited essay: Sex biases in the diagnosis of personality disorders. *J Personal Disord* 1998; 12 (2): 95-118.
 46. Widiger TA, Settle SA. An actual sex bias. *J Personal Soc Psychol* 1987; 5: 463-469.
 47. Wirth-Cauchon J. *Women and borderline personality disorder*. New Brunswick, NJ, Rutgers University Press, 2001.
 48. Wright N, Owen S. *Feminist conceptualizations of women's madness: A review of the literature*. *J Adv Nurs* 2001; 36 (1): 143-150.
 49. Yen S, Shea MT, Battle CL, Johnson DM, Zlotnick C, et al. Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190: 510-518.
 50. Yuste C. Violencia sexual: un enfoque transcultural y de género.
 51. Zanarini MC, Yong L, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Marino MF, et al. Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190: 381-387.
 52. Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, et al. Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 1998; 39: 296-302.
 53. Zimmerman M, Coryell NH. Diagnosing personality disorders in the community: a comparison of self-report and interview measures. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 527-531.
 54. Zlotnik C, Rothschild L, Zimmerman M. The role of gender in the clinical presentation of patients with borderline personality disorder. *J Personal Disord* 2002; 16: 277-282.



SIRR

Sistema Integrado de Rehabilitación y Reinserción

Un sistema organizado por módulos de complejidad creciente, para el tratamiento, rehabilitación, prevención de recaídas, reinserción social y laboral de pacientes con trastornos mentales.

El sistema integra dispositivos en las diversas actividades moduladas:

- Residencia
- Rehabilitación clínica
- Reinserción y capacitación laboral
- Enclaves laborales
- Micro emprendimientos
- Empresa social

Av. Juan de Garay 1450 C1153ABY, Buenos Aires, Argentina. Tel: 4305-2272

Pág web: www.sirrsa.com.ar

Email info@sirrsa.com.ar

El Género y el DSM: un recuento histórico, controversias y perspectivas

Silvia Lucía Gaviria

Jefe del Departamento de Psiquiatría, Universidad CES, Medellín, Colombia

*“Nada de la vida debe temerse.
Sólo comprenderse”.*

Marie Curie

Introducción

El interés en la salud de las mujeres ha crecido notablemente en las dos últimas décadas. Este tópico incluye aspectos y enfermedades que son únicas en ellas, tales como las condiciones ginecológicas y obstétricas. Algunas enfermedades se expresan de manera diferente en las mujeres en relación a los hombres, pudiendo tener formas más severas, diferente curso o distinta respuesta a las intervenciones.

Mientras que la visión anterior de la salud de las mujeres se enfocaba casi exclusivamente en la salud repro-

ductiva, ahora existe una aproximación amplia y multidisciplinaria. Hasta hace pocas décadas las mujeres eran excluidas de las muestras clínicas en las investigaciones; los resultados que se obtenían de los estudios realizados en hombres se inferían a las mujeres. Sin embargo, en los estudios que incluían mujeres, los datos no eran analizados por género. Simplemente se asumía que no había diferencias en la forma de enfermar de hombres y mujeres, ni en la respuesta a los tratamientos. Ahora sabemos que hay importantes diferencias de género para consi-

Resumen

El estudio del género y sus efectos sobre la salud mental es un fascinante y creciente campo de la investigación clínica dirigida a obtener beneficios tanto para los hombres como para las mujeres. La exclusión de las mujeres de la mayoría de los estudios clínicos se ha traducido en importantes lagunas en nuestro conocimiento sobre los efectos de la enfermedad y los tratamientos en las mujeres. Tratamos de entender cómo se desarrolla la enfermedad como consecuencia de una compleja matriz de factores que inciden en cada paciente. Uno de estos factores es el género, el tema en cuestión. Muchos otros factores también desempeñan un papel, como las experiencias recientes y tempranas de la vida, la disponibilidad de apoyo social o las influencias genéticas. Este documento proporciona algunas ideas sobre la relación entre el género y la vulnerabilidad a los trastornos mentales. Se hace una reseña histórica de la evolución de las consideraciones del género y su impacto en la salud mental, y su inclusión en el DSM. Un análisis documentado a través de publicaciones recientes, y una mirada hacia la siguiente versión: el DSM V.

Palabras clave: Género - Trastornos mentales - DSM.

GENDER AND DSM: AN HISTORICAL REVIEW, CONTROVERSIES AND PERSPECTIVES

Abstract

The study of gender and its effects on mental health is a fascinating and growing field of clinical research aimed at obtaining benefits for both men and women. The exclusion of women in most clinical studies has resulted in significant gaps in our knowledge about the effects of disease and treatments in women. We try to understand how the disease develops as a result of a complex matrix of factors that affect each patient. One of these factors is the genre. Many other factors also play a role, as recent experiences and early life, the availability of social support or genetic influences. This article provides some ideas on the relationship between gender and vulnerability to mental disorders. It is an historical overview of the evolution of gender and its impact on mental health, and its inclusion in the DSM. An analysis documented through recent publications, and a look towards the next version: the DSM V.

Key words: Gender - Mental disorders - DSM.

derar tanto en la evaluación como en el tratamiento. Nosotros estamos aprendiendo que algunas enfermedades mentales en las mujeres tienen diferentes síntomas, curso, y factores de riesgo. También hemos aprendido que las diferencias de sexo existen en la farmacocinética y que ésta puede variar con los cambios y terapias hormonales en las mujeres (15, 27).

El género es una ventana para entender la enfermedad mental, puede afectar virtualmente todos los aspectos de la psicopatología, incluyendo la prevalencia de las enfermedades mentales, la expresión de los síntomas, el curso de la enfermedad, la búsqueda de ayuda por parte de los pacientes, y la respuesta al tratamiento. Uno de los más consistentes hallazgos epidemiológicos es que la depresión unipolar es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres. Las mujeres son también más proclives a experimentar trastornos de ansiedad y alrededor del 90% de los casos de trastornos de la conducta alimentaria ocurren en mujeres. Las tasas de trastorno bipolar son similares en ambos sexos, pero las mujeres son más tendientes a desarrollar ciclaje rápido y a presentar mayor proporción de episodios depresivos y fases mixtas. Aunque el alcoholismo es mucho más prevalente en los hombres, la tasa de mortalidad entre individuos con alcoholismo es considerablemente mayor en las mujeres (7, 21, 31).

Por otro lado, las mujeres están más expuestas a ciertas circunstancias ambientales que pueden influir sobre el desarrollo de la enfermedad, por ejemplo el abuso sexual. Los hombres en cambio, estarían más expuestos al abuso físico.

La investigación cada vez se ocupa más de desvelar la compleja relación entre género y patologías mentales, las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, y cómo éstas interactúan de manera compleja con factores socioculturales para producir enfermedad mental. A pesar de la importancia de este campo, es apenas una disciplina naciente (31).

El género y su impacto en el DSM V

La agenda de investigación para el DSM V es una obra que aporta las bases para el DSM V, las reflexiones específicas y estratégicas para nuevos trabajos de investigación. Consta de seis capítulos en los cuales se revisan aspectos de nomenclatura, la documentación sobre la investigación en genética y neurociencias, psicología, psicopatología y epidemiología, sobre todo, de las controvertidas dos primeras décadas de la vida. Se estudian los trastornos de personalidad y relacionales con un enfoque dimensional, se valora la relación entre trastornos mentales y la incapacidad y se examina la importancia de la cultura en la psicopatología y las variables culturales principales en el diagnóstico (1).

Después de ser publicada la agenda con los temas ya descritos, en los cuales apenas se tocan los aspectos relacionados con el género, se considera la necesidad de profundizar en este ámbito; surge entonces el texto *Age and Gender, Considerations in Psychiatry Diagnosis: A Research agenda for DSM V*, escrito para identificar las

grandes lagunas existentes en el conocimiento de cómo el género y la edad afectan los diagnósticos psiquiátricos y para estimular la tan necesaria investigación dirigida a llenar estos vacíos. Los aspectos que se revisan en la primera parte de este libro son de suma relevancia: historia y controversias acerca del enfoque de género, neurobiología, sexo *versus* género, factores socioculturales, una perspectiva del desarrollo haciendo énfasis en el trauma infantil, salud sexual y reproductiva de la mujer, la relación del género con la expresión de los síntomas, curso y tratamiento. Género y criterios diagnósticos.

En un amplio sentido, los investigadores dan luces sobre aspectos de la psicopatología relacionados con el género usando enfoques tales como: 1) conducción de nuevos estudios enfocados en el género; 2) inclusión del componente de género en futuros estudios no enfocados en el género; 3) llevar a cabo análisis secundarios de datos existentes y examinar la relación del género con otras variables (1).

Género y sexo: aspectos conceptuales

El término sexo ha sido utilizado para una clasificación de los seres humanos en relación a los órganos reproductivos y el complemento cromosómico, es decir los fenómenos genéticos y biológicos ligados a los cromosomas sexuales XX o XY.

Las diferencias morfológicas y funcionales que existen se inician con el establecimiento del sexo durante la fertilización, seguido por la diferenciación gonadal, y finalmente la manifestación durante la pubertad del fenotipo masculino o femenino definitivo.

El *milieu* de las hormonas reproductivas es un ejemplo de la diferencia entre hombres y mujeres; sin embargo, los efectos del sexo se extienden más allá del sistema reproductivo.

El término género se refiere a la autorepresentación de las personas como hombres o mujeres o las representaciones picosociales de vivir como un hombre o una mujer. Incluye aspectos biológicos, psicológicos y sociales, mientras que el término sexo se refiere sólo a aspectos biológicos (1).

El género es un ejemplo interesante de un complejo factor que puede influir en el desarrollo o curso de las enfermedades mentales. El sexo de una persona está genéticamente determinado en el momento de la concepción y no es cuestión de elección. Sin embargo, la forma en que un hombre o una mujer vive dentro de su sexo asignado puede actuar en muchas y diferentes direcciones. La identidad de género está influenciada por muchas cosas, tales como los estilos de socialización sugeridos por los padres o las escuelas o pares, la ubicación y la calidad de la vivienda, la disponibilidad de la educación, el tipo de juguetes que se ofrecen al niño, y tal vez incluso la clase de ropa que un niño está autorizado a llevar. Todos estos factores -y, sin duda, muchos otros- ayudan a conformar la identidad, y quizás también un ego fuerte y resistente. A su vez, pueden afectar también la vulnerabilidad a las enfermedades mentales (18).

El género es un proceso complejo que resulta de la

interacción entre el genoma y el ambiente y se lleva a cabo durante el desarrollo de cada individuo y culmina con la expresión de un fenotipo, conducta incluida (29).

Importancia del género en la psicopatología

La carga de la salud mental sobre la salud general y la productividad no ha sido reconocida totalmente. Los datos del estudio sobre la Carga Mundial de Morbilidad conducido por la Organización Mundial de la Salud, pone de manifiesto que el trastorno depresivo unipolar representa una carga enorme para la sociedad y está considerado como la quinta causa de carga entre todas las enfermedades. La depresión es la primera causa de discapacidad de las mujeres en todo el mundo (26).

¿Por qué la depresión ocurre en tasas tan altas y particularmente en las mujeres? La búsqueda de respuestas radica en el complejo número de factores etiológicos contribuyentes. Las contribuciones relativas de los factores biológicos, psicológicos y sociales varían a través de los individuos y de las diferentes fases del ciclo vital. Por ejemplo, en algunos individuos, la depresión ocurre sólo en presencia de eventos vitales estresantes, mientras que en otros la depresión ocurre sin estímulo estresante.

Las mujeres están en mayor riesgo de depresión que los hombres, especialmente durante los años reproductivos. La diferencia en la depresión varía a través del ciclo vital, con un predominio de las mujeres sobre los hombres, comenzando al principio de la adolescencia y persistiendo en la madurez. En estos años las mujeres podrían asumir innumerables funciones y responsabilidades, es más probable que experimenten violencia sexual y doméstica, y con frecuencia se encuentran en desventaja en términos de condición social y financiera.

Las mujeres experimentan síntomas depresivos en relación a los eventos del ciclo reproductivo tales como el periodo premenstrual, durante el parto y la menopausia. Los factores hormonales relacionados con el ciclo reproductivo pueden jugar un papel en el incremento de la vulnerabilidad de las mujeres a la depresión. Otros factores hormonales que pueden contribuir a la vulnerabilidad de las mujeres a los trastornos del humor incluyen diferencias de sexo relacionadas con el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y la función tiroidea.

Las mujeres han mostrado ser más sensibles a deprimirse después de un evento vital estresante. Aunque la vulnerabilidad genética es fundamental para el desarrollo de la depresión, la incidencia de los trastornos depresivos es baja en ausencia de los factores de estrés ambientales (13, 14, 15).

El riesgo de trastorno de estrés posttraumático (TEPT) después de un trauma es dos veces mayor en las mujeres que en los hombres. Sin embargo la prevalencia de vida para eventos traumáticos es mayor en los hombres que en las mujeres (3).

Caspi y cols. (2003) examinaron la relación entre el polimorfismo del transportador de serotonina y los

eventos vitales durante la vida. En un estudio prospectivo longitudinal de una cohorte estudiada a lo largo de la vida desde el nacimiento, ellos evaluaron por qué algunos eventos vitales conducían a depresión a unos individuos pero no a otros. Encontraron que la influencia del estrés sobre la génesis de la depresión era modulada por la interacción gen-ambiente. Un polimorfismo funcional en la región promotora del gen transportador de serotonina, modula la influencia de los eventos vitales sobre la depresión. Los individuos con una o dos copias del alelo corto del polimorfismo promotor del transportador de serotonina exhibían más síntomas depresivos, diagnóstico de depresión y suicidio que los individuos homocigotos para el alelo largo. Este estudio epidemiológico provee una evidencia de la interacción gen-ambiente en la cual la respuesta de un individuo a los estresores ambientales es modulada por su constitución genética.

Investigación y género: tendencias

El enfoque epidemiológico del curso de la vida ha evolucionado como una estrategia para dirigir las limitaciones de los primeros modelos etiológicos de la enfermedad, los cuales se enfocaban en los comportamientos (ej. dieta, fumar) y sus relaciones con el comienzo y curso de las enfermedades (ej. obesidad, cáncer de pulmón). Los factores biológicos y psicosociales actúan independientemente e interactivamente para influir en la salud en la vida adulta. Los efectos de estas fuerzas son acumulativas a través del tiempo. Un enfoque longitudinal con una visión epidemiológica de todo lo que ocurre a través de la vida de las mujeres se requiere para comprender las muchas dimensiones etiológicas que interactúan a lo largo del ciclo vital de las mujeres. Se requiere un "Laboratorio Longitudinal de la Vida Reproductiva de las Mujeres" para mezclar las muchas dimensiones etiológicas que interactúan en la etiopatogénesis de las enfermedades mentales y su relación con el género femenino. El tiempo puede ser conceptualizado como la plataforma horizontal longitudinal con interacciones biopsicosociales interactuando transversalmente. Estos procesos operan a través del curso de la vida de los individuos, o a través de las generaciones.

El modelo promueve la consideración y el estudio de la contribución de los factores que están presentes en la vida temprana junto con las influencias del medio en los años posteriores, para identificar riesgos y procesos protectores a través de la vida. Factores tales como la constitución genética, agresiones del medio ambiente y soporte individual e institucional, deben ser incluidos y tenidos en cuenta en el desarrollo de un modelo complejo y dinámico de la enfermedad. El diseño de estudios, recolección y análisis de los datos de tal forma que se incorpore esta perspectiva, es un desafío. Un ejemplo de este tipo de estudio es investigar cómo la exposición durante la vida fetal y la infancia influye en el riesgo de enfermar durante la adultez, en la salud mental, y en el *status* socioeconómico, lo cual a su vez contribuye a las disparidades en la salud y mortalidad de los adultos. ¡Un estudio como éste es enormemente complejo! (4, 16)

El enfoque de género en el DSM: historia y controversias

DSM I y DSM II: un mínimo enfoque sobre el género

El género ha sido enfocado desde diferentes perspectivas en el DSM y ha enfrentado numerosas controversias. La primera edición (DSM I; American Psychiatric Association, 1952) incluyó entre las recomendaciones, el sexo de los pacientes, pero no analizó los hallazgos, por ejemplo las relaciones epidemiológicas, según sexo.

En el DSM II (1968) los autores no dedican una sección extensa al reporte de las estadísticas, aunque sí recomiendan la tabulación del análisis demográfico. El DSM II incluye por primera vez la relación de género acerca de un desorden -la reacción delincidental grupal en la infancia-, estableciendo que "la reacción es más común en los niños que en las niñas". Los autores del DSM II fueron además futuristas, comentando acerca de las diferencias del desorden: "cuando un grupo delincidental incluye niñas, usualmente incluye delincuencia sexual, aunque el robo en tiendas también es común". Así como en el DSM I, hubo usos ocasionales de los pronombres masculinos para referirse a hombres y mujeres en relación a la histeria, la paranoia, y la personalidad explosiva. La mínima atención al género en el DSM I y DSM II probablemente refleja muchos factores, incluyendo la falta de investigación sobre las relaciones entre género y psicopatología (30).

DSM III: un mínimo incremento, aunque todavía limitado, en el enfoque de género

El DSM III (1980) aunque tiene un considerable y mayor enfoque sobre el género, sigue siendo limitado. En este trabajo se aprecia una mayor descripción de cada trastorno, incluyendo algunas características asociadas, edad de comienzo, complicaciones, y factores predisponentes. "La frecuencia relativa con la cual el trastorno es diagnosticado en hombres y mujeres" fue provista en una sección dedicada específicamente a las relaciones entre los sexos. Para algunos trastornos esta relación fue relativamente específica; por ejemplo, respecto del trastorno por déficit de atención e hiperactividad se dijo que "es diez veces más común en los niños que en las niñas".

Igualmente, información específica adicional sobre el curso o presentación de un trastorno, fue también descrita al mismo tiempo en otras secciones del texto. Por ejemplo, una variación en el curso fue notificada para el transexualismo (mujeres-a-hombres, es más probable que tengan una historia de homosexualidad y un curso más estable), y el texto para trastorno explosivo intermitente sostiene que es probable que "los hombres sean vistos en un correccional mientras que las mujeres estarían en un centro de atención en salud mental". En otros aspectos, la información sobre sexo/género fue más inespecífica. Por ejemplo, en esquizofrenia se anota que "su frecuencia es aparentemente igual en hombres y mujeres". Para el trastorno por conversión se dice que

no hay información definitiva disponible, pero un síntoma particular de la conversión, el *globus hystericus*, la sensación de tener un abultamiento en la garganta que impide tragar, es aparentemente más frecuente en mujeres. Para otros trastornos, hubo simplemente un reconocimiento pero no información disponible (por ejemplo, trastorno de identidad de género en la infancia, trastorno por despersonalización, fuga psicógena, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático y trastornos paranoides) (30).

El DSM III incluye por primera vez algunos criterios diferentes para hombres y mujeres; por ejemplo, para los trastornos de identidad de género en la infancia y de inhibición de la excitación sexual. También se establecieron diferentes criterios diagnósticos y a la vez diferentes códigos para inhibición orgásmica en hombres y en mujeres. También circunscribe la eyaculación precoz a los hombres y el vaginismo funcional a las mujeres, por definición.

Algunas de estas definiciones no fueron tenidas en cuenta en el DSM II debido a que la eyaculación precoz, la inhibición orgásmica, el vaginismo, el transexualismo y el trastorno de identidad de género en la infancia no fueron incluidos en esta edición (25, 30).

DSM III-R y DSM IV: progresos y controversias

La siguiente edición de DSM, fue el DSM III-R (1987); continuó incluyendo una sección dedicada específicamente a la relación entre los sexos en la frecuencia de las patologías mentales, pero siendo algunas veces más precisos los datos que en ediciones anteriores. Por ejemplo, el DSM III-R establece que el trastorno por déficit de atención/hiperactividad es seis a nueve veces más frecuente en niños dentro de las muestras clínicas y tres veces más común en los niños en la comunidad general. Anota, además, que el trastorno oposicional desafiante es más común en hombres antes de la pubertad pero no en la etapa pospuberal.

Los criterios diagnósticos separados fueron tenidos en cuenta de nuevo para los trastornos de la excitación sexual y en la inhibición orgásmica. También para el trastorno de identidad de género en la infancia pero no en la adultez.

Varias controversias de género se inician durante el desarrollo del DSM III-R. El proceso de revisión de este texto incluye un comité asesor dedicado a examinar la propuesta diagnóstica del trastorno disfórico de la fase lútea tardía (*Late Luteal Phase Dysphoric Disorder, LLPDD*); esto se debió en gran parte a las preocupaciones respecto del daño potencial para las mujeres si se incluía este diagnóstico. Efectivamente, esta categoría diagnóstica fue tal vez la más controvertida en la revisión del DSM III. Una preocupación adicional surgió con la inclusión de los trastornos de personalidad *self defeating* y sádica en un apéndice (9, 25).

Esta controversia fue resuelta con la inclusión de estas categorías en el Apéndice A como "Categorías diagnósticas propuestas que necesitan futuros estudios".

Las diferencias continuaron durante el desarrollo del

DSM IV (1995). Ross y cols. (22) resaltan las controversias relacionadas con el género a partir del trastorno disfórico premenstrual de la fase lútea tardía, los trastornos de personalidad, y los trastornos disociativos. Un grupo de trabajo fue de nuevo encargado de examinar el *LLPDD* denominándolo de manera diferente: "Trastorno Disfórico Premenstrual".

El DSM IV expande el texto de los manuales para incluir información adicional sobre cómo los trastornos varían en sus expresiones y curso a través de los sexos, en una sección llamada "Características específicas de la cultura, la edad y el género". Por ejemplo, establece que los hombres con un diagnóstico de trastorno de la conducta frecuentemente exhiben peleas, robos, vandalismo y problemas disciplinarios en la escuela, mientras que las mujeres con un trastorno de la conducta es más probable que muestren ausentismo escolar, mentiras, fugas, uso de sustancias, prostitución y "las mujeres con esquizofrenia son más tendientes a tener un comienzo tardío, mayor frecuencia de síntomas afectivos y mejor pronóstico".

DSM IV-TR: un enfoque sobre las relaciones estadísticas según género

Hartung y Widiger (12) tabularon la información sobre las relaciones según sexo de las enfermedades mentales y expresaron preocupación por la falta de consistencia en la cantidad y calidad de la información. Ellos sugieren que esto se debe no sólo a la inconsistencia de los datos empíricos provistos para los autores del DSM IV sino también debido al hecho de que "la información provista en el DSM IV fue preparada por diferentes individuos, ellos publicaron sin la documentación necesaria para las conclusiones". Esta preocupación se retoma en el DSM IV-TR (2000) y los autores se enfocan en la revisión y actualización del texto.

Los autores del DSM IV-TR conducen revisiones sistemáticas de la literatura para así proveer documentación escrita para las declaraciones que se hacen en el texto, incluyendo aquellas preocupaciones relacionadas con la variación en la relación según sexo y género, en la expresión y curso de la enfermedad. Estas revisiones fueron entonces criticadas por expertos independientes.

Como resultado de este proceso sistemático se hicieron cambios en las relaciones establecidas según sexo, en algunos trastornos. Por ejemplo, mientras que en el DSM IV se establecía que el trastorno facticio ocurría con igual frecuencia en hombres y mujeres, en el DSM IV-TR se dice que ocurre más frecuentemente en mujeres. En el DSM IV se sugiere que la esquizofrenia ocurre con igual frecuencia en hombres y mujeres; el DSM IV-TR establece que ésta es más frecuente en hombres. Se ha dicho en el DSM IV que el delirio ocurre más a menudo en las mujeres; pero en el DSM IV TR se considera a los hombres con mayor riesgo. El DSM IV-TR incluye posibles explicaciones, por ejemplo inadecuada evaluación (trastorno de la lectura, trastorno de personalidad histriónica); diferencias entre hombres y mujeres en el reporte de síntomas o búsqueda de tratamiento (ciclotimia, trastorno de identidad de género, juego patológico, pesadillas); diferencias en el contexto en el cual se realizaron los estudios (trastorno por déficit de atención e hiperactividad, ansiedad de separación, fobia social, ansiedad generalizada y trastorno del ajuste); diferencias en la cultura (nicotina y somatización); o diferencias en la edad (por ejemplo, trastorno por uso de alcohol, esquizofrenia, distimia, trastorno del ajuste, sonambulismo, terrores nocturnos, trastornos de identidad de género y juego patológico).

En resumen, el DSM IV-TR hizo un gran esfuerzo para ampliar y profundizar la información relacionada con el género incluida dentro del texto del manual diagnóstico. Es evidente que hay considerables inconsistencias en la información provista, a través de todos los trastornos. La información concerniente al impacto del sexo/género sobre la expresión y curso de los trastornos esta documentada sólo para algunos trastornos; igualmente ocurre con la relación de frecuencia según género.

Se recomienda que para futuras ediciones del DSM, se establezca una guía consistente y explícita para proveer la información relacionada con el género, así que se cuente con una información estandarizada, mínima y uniforme (30).

El ciclo reproductivo de la mujer y su impacto en la psicopatología

Históricamente las mujeres han sido excluidas de las muestras clínicas debido al "ruido" que crean el ciclo menstrual, el embarazo, la lactancia y la menopausia, en la recolección e interpretación de los datos de investigación.

En los últimos años ha habido un incremento en las publicaciones relacionadas con el sexo y el género y han sido incluidas dentro de la literatura científica. La importancia del género como una variable que afecta la etiología, epidemiología, expresión sintomática y respuesta al tratamiento de las enfermedades mentales, es tenida en cuenta.

Existe una necesidad de interpretar los hallazgos de los estudios de las imágenes cerebrales, la trayectoria del desarrollo cerebral normal por edad y género, debido a las diferencias ya conocidas (6). En promedio el cerebro masculino es 10% más grande que el cerebro femenino. El núcleo caudado, el globus pallidus y el hipocampo, son desproporcionadamente más grandes en las mujeres y la amígdala es desproporcionadamente más pequeña que en el cerebro masculino. Se han reportado sorprendentes diferencias de género en la fisiopatología y resultados en el daño neurológico agudo. Una mayor neuroprotección en las mujeres versus los hombres, puede deberse a los mecanismos antioxidantes mediados por las hormonas sexuales. La aclaración de la génesis de estas diferencias se constituye en un desafío. Saber si estas diferencias juegan un papel en las relaciones numéricas de la psicopatología entre los géneros, es objeto de estudio.

El género es una variable bastante relevante en la práctica clínica psiquiátrica, y la información referente al género está incluida en el DSM IV-TR en las secciones del texto "Cultura Específica, Edad y Características de Género", para diferentes trastornos. Por ejemplo, la rela-

ción de género de mujeres a hombres, tanto para anorexia como para bulimia, es aproximadamente 10:1. La sorprendente predominancia en las mujeres, probablemente llevará a los investigadores a identificar factores biopsicosociales en el intento de comprender la etiología de los trastornos de la alimentación. Surgen muchas preguntas en torno a estos datos. ¿Por qué hay más mujeres que hombres que desarrollan trastornos de la alimentación? Esta enfermedad, ¿expresa lo mismo en hombres y en mujeres? ¿Son las estructuras y funciones cerebrales diferentes en hombres y mujeres con bulimia? ¿Qué tienen en común con las mujeres los hombres que desarrollan trastornos de la alimentación? ¿Cómo podría explicar el hecho de que la prevalencia se incrementa en la medida que las regiones se vuelven más urbanas?

Las diferencias de género son también más prominentes en la presentación y curso de la esquizofrenia (23), las mujeres tienen mayor probabilidad de tener un comienzo más tardío, mayor prominencia de los síntomas del humor y un mejor pronóstico que los hombres. La edad de comienzo puede tener significancia tanto en la fisiopatología como en el pronóstico. Los hombres tienen menos ajuste premórbido, menos logros académicos, mayor evidencia de anomalías en las estructuras cerebrales, mayor evidencia de signos negativos, y un peor resultado que las mujeres. Las mujeres tienen menos síntomas severos, menor número de hospitalizaciones y estadías más cortas, una mayor probabilidad de retornar al trabajo y más soporte social. Las mujeres con esquizofrenia tienen mayor probabilidad de estar casadas que los hombres y tienen dos veces más probabilidad que ellos de tener hijos (11).

Las diferencias en la expresión de la enfermedad, basadas en el género, son más que curiosidades. En la investigación epidemiológica psiquiátrica, las variables que cuentan para las diferencias en la expresión de la enfermedad entre las poblaciones son las bases para generar hipótesis.

“El Laboratorio de la Vida Reproductiva de las Mujeres”

Los eventos dramáticos de la vida reproductiva de las mujeres también proveen un recurso de variables que crean un inmenso potencial para avances en investigación. Por ejemplo, las fluctuaciones hormonales que ocurren naturalmente pueden ser correlacionadas con los cambios del humor y el comportamiento. Las mujeres pueden actuar como sus propios controles en estudios de investigación. Las mujeres con y sin trastorno disfórico premenstrual pueden ser comparadas por diferencias características, las cuales pueden ser exploradas desde el punto de vista etiológico. ¿Por qué el 5% de las mujeres tienen un mayor deterioro premenstrual? ¿Por qué el 95% de las mujeres no tienen esta enfermedad a pesar de tener similares oscilaciones hormonales? ¿Qué correlación existe entre el trastorno disfórico premenstrual y otras patologías del *spectrum* serotoninérgico?

El comienzo de la depresión posparto es otro ejemplo del profundo efecto de los eventos reproductivos sobre

la psicopatología. El *milieu* hormonal del periodo posparto es bastante distinto comparado con otras etapas de la vida de la mujer. Bloch y cols. (2) estudiaron mujeres con una historia de depresión de comienzo en el posparto y aquellas sin historia de depresión (pero con historia de embarazos). Ellos encontraron evidencia de que las hormonas reproductivas juegan un papel en la depresión posparto. Los investigadores simulaban la supresión de hormonas que ocurre en el posparto, induciendo un estado hipogonadal de las mujeres con Leuprolide, después de haberle agregado dosis suprafisiológicas de estradiol y progesterona durante ocho semanas, creando un ambiente hormonal similar al embarazo. Luego retiraron ambos esteroides bajo condiciones de doble ciego. Cinco de las ocho mujeres con una historia de depresión posparto, comparadas con ninguna de las ocho mujeres sin historia de depresión desarrollaron significativos síntomas depresivos al final de la fase de suministro de progesterona y estradiol (la cual simulaba el final del embarazo), y síntomas pico en la fase del retiro de los esteroides (simulación del posparto). La implicación de este hallazgo es que las mujeres con depresión posparto son diferentemente sensibles a los efectos desestabilizadores del humor de la supresión de los esteroides gonadales, comparadas con mujeres sin historia de depresión. ¿Qué factor es responsable de esta vulnerabilidad? ¿Puede ser identificada la vulnerabilidad antes del parto? Las mujeres con trastorno disfórico premenstrual, ¿evidencian esta misma vulnerabilidad? ¿Puede ser el trastorno disfórico premenstrual un predictor de depresión posparto? ¿Son todos los síndromes depresivos asociados con inestabilidad hormonal en las mujeres, similares en su presentación? ¿Podemos tratar la depresión posparto con estradiol o aumentar la respuesta del antidepresivo?

La depresión posparto podría enfocarse entonces desde un modelo biopsicosocial de la enfermedad. Las mujeres quienes sufren depresión posparto tienen probabilidad de un 25% de hacer depresión en el siguiente posparto (32). Sin embargo, algunas mujeres con vulnerabilidad no consistentemente se deprimen después de dar a luz. Algunas interacciones de vulnerabilidad con factores recientes pueden ocurrir y dar como resultado la enfermedad. Los factores biológicos acumulados y los psicosociales actúan independientemente e interactivamente para influir en la salud durante la vida adulta (19).

La menopausia se caracteriza por un conjunto de síntomas somáticos y psicológicos que están asociados a la reducción en los niveles circulantes de esteroides sexuales femeninos. Este evento natural provee una oportunidad para estudiar los efectos que produce en el sistema nervioso central la reducción de los esteroides sexuales (8). Las hormonas han sido estudiadas como terapias para síntomas fisiológicos, particularmente la depresión. Algunos investigadores han encontrado que el estradiol u otros agentes pueden ser beneficiosos para los síntomas depresivos de la perimenopausia pero no en las mujeres posmenopáusicas. Surge la pregunta, ¿es el estradiol efectivo para la depresión relacionada con los

cambios hormonales que suceden en otras épocas de la vida reproductiva de las mujeres? (24).

El enfoque del curso de la vida en psiquiatría

El enfoque del curso de vida en psiquiatría es adecuado. Los trastornos mentales se caracterizan por síntomas del desarrollo, consolidación de la enfermedad, la suma de otros síntomas y/o desordenes a través del tiempo (comorbilidades) que evolucionan con el transcurso de la vida. Una experiencia mayor en el curso de la vida de muchas mujeres es el parto. Por ejemplo, ¿la experiencia del embarazo incrementa la probabilidad de que una mujer con trastorno afectivo bipolar tenga más episodios de manía? (33) Si ella tiene múltiples embarazos en el futuro, ¿su probabilidad de recuperación total es menor? ¿O ella requiere incrementar las medicaciones y las dosis, o su enfermedad se vuelve más resistente al tratamiento?

Este concepto ha sido aplicado a la salud perinatal por Misra y su grupo de investigadores (17). Los factores de riesgo *Distales* (en el tiempo) juegan un papel individual o poblacional para mayor susceptibilidad frente a factores de riesgo *Proximales* (actuales). Por ejemplo, una mujer quien haya sido abusada sexualmente por un miembro de la familia en la infancia, llega a la adultez con diferentes riesgos distales a diferencia de una mujer procedente de una familia con vínculos interpersonales claros y psicológicamente saludables. Los factores distales aumentan o disminuyen la probabilidad de los individuos de desarrollar problemas de salud. Los factores proximales tienen un impacto directo sobre el estado de salud de los individuos y están representados por respuestas comportamentales y biomédicas a los factores de riesgo distales. Si el embarazo es el área focal de interés, es la interrelación entre el estado de salud de la madre inmediatamente previo a la concepción y las demandas del embarazo que influyen en los resultados perinatales. A su vez, el embarazo tiene un efecto en sí mismo en el curso de la vida de las mujeres. Los resultados pueden ser entendidos como maternos, fetales/infantiles, familiares, comunitarios y sociales. La atención de los profesionales en salud busca minimizar los riesgos distales y proximales dirigidos a maximizar los resultados positivos.

Este modelo incluye potenciales opciones de intervención para mejorar el riesgo perinatal. Las crisis de las mujeres embarazadas que han sido abusadas sexualmente pueden resultar en un mayor apoyo desde la pareja, equipo médico, contexto familiar; reduciéndose el riesgo de pobres resultados perinatales.

El DSM IV-TR reconoce la importancia de la historia natural de los trastornos psiquiátricos. El conocimiento de algunas características de los trastornos del humor como severidad, remisión, características psicóticas, características catatónicas, características atípicas, características melancólicas y patrón estacional, incrementa la especificidad diagnóstica y crea más subgrupos homogéneos, selección del tratamiento y predicción del pronóstico.

La depresión posparto plantea dilemas en este sen-

tido, porque puede ser aplicada al actual o más reciente episodio depresivo mayor como un trastorno depresivo mayor; al actual o más reciente episodio depresivo mayor, episodio maníaco o episodio mixto en el trastorno bipolar I o bipolar II o un trastorno psicótico breve. Para calificar como un episodio posparto, el cuadro debe presentarse en las primeras cuatro semanas después del parto (20). Muchos investigadores, sin embargo, usan una definición más amplia que cuatro semanas para el comienzo de la depresión posparto e incluyen otros trastornos que se suman al listado anterior. El DSM IV-TR describe la sintomatología posparto como no diferente a los síntomas depresivos de los episodios que ocurren en otros momentos de la vida de las mujeres. Y anota que las características psicóticas pueden estar presentes. Sin embargo la evidencia enseña que la psicosis posparto de comienzo agudo difiere de la psicosis que ocurre en las mujeres en otros períodos. La psicosis posparto suele acompañarse de alteraciones en la cognición, confusión y síntomas maníacos. Wisner y cols. (32) encontraron que las mujeres posparto con psicosis de comienzo agudo diferían de los episodios psicóticos de las mujeres no posparto. La desorganización del pensamiento; el comportamiento bizarro; la falta de autocrítica; los delirios de persecución, celotipia, grandiosidad, suspicacia; el deterioro del sensorio/orientación y la negligencia, fueron significativamente más comunes en mujeres posparto.

Implicaciones del embarazo en el desarrollo y curso de la vida

La psicopatología y la neuropsiquiatría del desarrollo enfatizan el complejo interjuego entre múltiples factores de riesgo y factores protectores. Tales factores son de orden genético, neuroendocrino, ambiental y psicosocial, interactuando con factores adversos durante el embarazo, parto, periodo neonatal y durante la infancia. Los factores de riesgo han sido vistos como causales, pero más que esto, ellos contribuyen con un proceso dinámico e interactivo en el tiempo (10).

Las condiciones adversas en el ambiente uterino no necesariamente producen resultados desfavorables, pero la combinación de factores de riesgo puede producir mayor vulnerabilidad.

Un aspecto de relevancia y creciente interés es el impacto que tiene la vida intrauterina en la salud fetal y a largo plazo. La susceptibilidad de un individuo a la enfermedad cardiovascular no puede ser explicada completamente por las diferencias en los factores de estilo de vida o predisposición genética, porque también influye la vida intrauterina (5, 10). Individuos que tuvieron bajo peso al nacer para la edad gestacional tienen una mayor incidencia de enfermedad cardiovascular y trastornos metabólicos del adulto. Un ambiente que deteriore el crecimiento en útero o durante la infancia temprana puede influir en el metabolismo del individuo y/o fisiología en tal forma que incrementaría el riesgo de enfermedad cardiovascular en la vida adulta. La hipótesis del neurodesarrollo de la esquizofrenia, la cual postula que una perturbación

del desarrollo del cerebro (posiblemente desde una infección viral, desnutrición, deficiencia de folato, y/o estrés de vida alto) juega un rol etiológico en una proporción sustancial de casos de esquizofrenia (28). Tanto los factores tempranos como los tardíos,

se piensa, interactúan a través de formas complejas.

Los resultados de la salud física y mental son inseparables a través del curso de la vida y de hecho son una falsa dicotomía que es necesario reunificar ■

Referencias bibliográficas

- 1) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4a edición. Washington DC, American Psychiatry Association, 1994.
- 2) Bloch M, Schmidt PJ, Danaceau M, et al. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 924-930.
- 3) Breslau N. Gender differences and posttraumatic stress disorder. *J Gen Specific Med* 2002; 5: 34-40.
- 4) Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5HTT gene. *Science* 2003; 301: 386-389.
- 5) Dodic M, Moritz K, Wintour EM. Prenatal exposure to glucocorticoids and adult disease. *Arch Physiol Biochem* 2003; 111: 61-69.
- 6) Durston S, Hulshoff P, Hilleke E, et al. Anatomical MRI of the developing human brain: what have we learned? *J American Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40: 1012-1020.
- 7) Frank J, Welth K, Minerva E, Lieberman D. Women's Mental Health Primary Care: Depression, Anxiety, Somatization, Eating Disorders, and Substance Abuse. *Med Clin North Am* 1998; 82 (2): 359-89.
- 8) Gaviria SL. Climaterio: vulnerabilidad versus desafío. En: Gaviria S, Luna I, Correa E (eds.). Medellín: Editorial Marin Vieco; 2003.
- 9) Gaviria SL. El síndrome premenstrual. En: Tellez J, Gaviria S, Burgos C (eds.). Afrodita y Esculapio, una visión integradora de la medicina de la mujer. Bogotá: Nuevo Milenio editores; 1999.
- 10) Gaviria S. Estrés prenatal, neurodesarrollo y psicopatología. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2006; 35 (2).
- 11) Hafner H. Gender differences in Schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology* 2003; 2: 17-54.
- 12) Hartung CM, Widiger TA. Gender differences in the diagnosis of mental disorders: conclusions and controversies of DSM-IV. *Psychol Bull* 1998; 123: 260-278.
- 13) Kendler KS, Prescott CA. A population-based twin study of lifetime major depression in men and women. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56 (1): 39-44.
- 14) Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, Blazer DG, Nelson CB. Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord* 1993; 29 (2-3): 85-96.
- 15) Kornstein S, Clayton A. Preface. En: Kornstein S, Clayton A (eds.). Women's Mental Health. New York: The Guilford Press; 2002.
- 16) Kuh D, Ben-Shlomo Y, Lynch J, et al. Life course epidemiology. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57: 778-783.
- 17) Misra DP, Guyer B, Allston A. Integrated perinatal health framework: a multiple determinants model with a life span approach. *Am J Prev Med* 2003; 25: 65-75.
- 18) NCA, (editorial) Vulnerability to mental illness. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 211-213.
- 19) Nolen-Hoeksema S. Gender differences in coping with depression across the lifespan. *Depression* 1995; 3: 81-90.
- 20) Nonacs RM. Postpartum Mood Disorders. En: Cohen L, Nonacs R (eds.). Mood and Anxiety disorders during pregnancy and postpartum. American Psychiatric Publishing; 2005.
- 21) Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. Critical review. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 486-92.
- 22) Ross R, Frances AJ, Widiger TA. Gender Issues in DSM-IV. En: American Psychiatric Press. Review of Psychiatry, Vol 14. Edited by Oldham JM, Riba MB. Washington DC: American Psychiatric Press; 1995. p. 205-226.
- 23) Seeman MV. Gender differences in the prescribing of antipsychotic drugs. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1324-1333.
- 24) Soares CN, Almeida OP, Joffe H, et al. Efficacy of estradiol for the treatment of depressive disorders in perimenopausal women: a double-blind, randomized, placebo controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 529-534.
- 25) Spitzer RL, Williams JBW, Skodol AE. DSM-III: The major achievements and an overview. *Am J Psychiatry* 1980; 137: 151-164.
- 26) Stewart D. La salud mental de las mujeres en el mundo. En: Correa E, Jadresic E. (eds.). Psicopatología de la mujer. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2005.
- 27) Stotland N. Gender-based biology (editorial). *Am J Psychiatry* 2001; 158: 161-162.
- 28) Susser E, Brown A, Matte T. Prenatal factors and adult mental and physical health. *Can J Psychiatry* 1999; 44: 326-334.
- 29) Vieitez A, López-Mato A. Psicopatología de la Mujer. En: López-Mato A (ed.). Psiconeuroinmunoendocrinología. Buenos Aires: Editorial Polemos; 2002.
- 30) Widiger TA. DSM's approach to Gender. En: Narrow W, First M, Sirovatka P, Regier D. Age and gender considerations. 1ª ed. American Psychiatric Publishing, 2007.
- 31) Wisner K, Dolan R. Why gender matters. En: Narrow W, First M, Sirovatka P, Regier D. Age and gender considerations. 1ª ed. American Psychiatric Publishing, 2007.
- 32) Wisner KL, Peindl KS, Hanusa BH. Symptomatology of Affective and Psychotic illness related to childbearing. *J Affect Disord* 2004; 30: 77-87.
- 33) Yonkers KA, Wisner KL, Stowe Z, et al. Management of bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 608-620.



el rescate y la memoria

Robert Burton: Anatomía de la Melancolía

Norberto Conti

Robert Burton nace el 8 de febrero de 1577 en Lindley, Inglaterra, y al igual que otros tantos intelectuales renacentistas lleva sobre sí el signo de Saturno. Perteneciente a una familia acomodada es educado en el más exigente y, por que no, violento sistema de instrucción aristocrática británica. A los 16 años, en 1593, ingresa en el Brasenose Collage de Oxford donde solo se estaba autorizado a hablar en latín, seis años después es admitido en el Christ Church Collage de Oxford donde desarrollará toda su obra intelectual siendo bibliotecario y vivirá hasta su muerte en 1640.

Anatomía de la Melancolía es su obra principal en forma excluyente y son varios los motivos que sostienen esta aseveración, en efecto, ella es un producto maduro, paradigmático, de una forma de pensar en la cultura occidental que comienza en el renacimiento italiano con pensadores como Marcilio Ficino (1433-1499) y se prolonga hasta los inicios de la modernidad con magistrales aportes como *De las enfermedades que privan al hombre de la razón* (1567) de Paracelso (1493-1541), el *Exámen de Ingenios para las ciencias* (1575) de Juan Huarte de San Juan (1529-1588), el *Teatro de los cerebros mundanos* (1583) y *El hospital de los locos incurables* (1586) de Tomaso Garzoni (1549-1589). Vemos entonces como desde principios del siglo XVI un nuevo horizonte discursivo atraviesa la cultura europea, en él se recupera el saber antiguo y se desarrolla, sobre su impronta, el humanismo renacentista que impactará en el surgimiento de una nueva medicina en la cual se recupera a la antigua a través de Hipócrates, Rufo y Galeno, reencontrados en los comentaristas bizantinos, árabes y europeos bajo medievales.

Cuatro son las características que definen esta nueva medicina renacentista; 1- *El auge de la observación clínica*: la educación práctica junto al lecho del enfermo no pertenecía al plan de estudios universitarios en la Edad Media. Fue Giambattista da Monte o Montanus (1498-1551) quien inicio, en el Hospital San Francisco, de Padua, las primeras lecciones clínicas para estudiantes del currículum medico enriqueciéndose luego con la copiosa producción patográfica del siglo XVI difundida por la joven prensa médica. En esta producción se pone especial interés en un aspecto de la observación clínica: el

caso singular. 2- *El humanismo médico*: el universo médico griego se interpreta como un saber acabado y seguro, el libro *Las Epidemias* de Hipócrates se erige en el canon indiscutido de la patografía. 3- *La anatomía moderna*: esta expresión contiene dos elementos conceptuales: por un lado el incremento y la veracidad de hallazgos anatómicos fruto de la disección de cadáveres y su esquematización para el estudio y transmisión de conocimientos, practica iniciada por Berengario de Capri (1470-1530); y por otro lado, una nueva visión del cuerpo humano, la anatomía arquitectónica, desarrollada por Vesalio (1514-1564) en su famosa obra *De Humani Corporis*, publicada en 1543, en la cual propone una interpretación mecánica de la estructura corpórea. 4- *La búsqueda de una nueva idea de Naturaleza*: hasta el siglo XVI la medicina mantiene la idea de naturaleza heredada del saber griego antiguo pero los nuevos desarrollos científicos, y médicos en particular, obligan a buscar una nueva concepción de la naturaleza que la hallarán en la física de Galileo, germen de la *Nueva Ciencia* de la Modernidad.

Esta medicina se desarrolla, a su vez, en un contexto cultural en el cual existe una tendencia a sistematizar el saber (verdadero "prolegómeno" del proyecto enciclopedista del siglo XVIII), a crear nuevos esquemas conceptuales y nuevas terminologías que llevan al surgimiento de vastas taxonomías en otras tantas ramas del conocimiento.

En Anatomía de la Melancolía encontramos cristalizadas todas estas obsesiones en una obra que constituye el mayor compendio médico científico ajustado a los conocimientos sobre la melancolía de su época pero que es también una monumental obra literaria que atesora globalmente todos los aspectos de la cultura relacionados con la enfermedad melancólica y con su genio temperamental. Por eso decimos que, si bien lleva el sello de las producciones renacentistas maduras, es ya una bisagra hacia la modernidad, en este sentido es destacable que cuando Burton publica esta obra hacía tres años que se había iniciado la guerra de los treinta años y René Descartes ya se había establecido en París, lugar en el cual publica su *Discurso del método* en 1637, obra inaugural de la filosofía moderna.

Anatomía de la Melancolía, tuvo un éxito indudable; basta reseñar las ediciones en ingles que se sucedieron luego de 1621: 1624, 1628, 1632, 1638, 1651, 1660, 1676 y luego las que podríamos llamar de interés histórico; 1800, 1836, 1854, 1893, 1927.

Reseñaremos brevemente los puntos centrales del corpus médico de la melancolía presente en la obra de Burton: el termino melancolía hace referencia a la bilis negra, la enfermedad y el temperamento; la causa de la enfermedad responde a la teoría humoral; la enfermedad puede presentar las tres localizaciones clásicas: de la cabeza, del cuerpo o de los hipocondrios. Se acompaña de ideas engañosas o imaginarias de las cuales se presenta una lista que comprende todas las ya conocidas más algunas que agrega el autor. Uno de los apartados más interesantes corresponde al que enumera las causas de la melancolía, las cuales exceden largamente el ámbito del problema médico; entre ellas encontramos a Dios, demonios, brujas y magos, los astros, el sueño y la vigilia, las pasiones y turbaciones de la mente, la envidia, la malicia,

el odio y el deseo de venganza, el apetito concupiscible, la avaricia y la codicia, el gusto por el juego y los placeres inmoderados, el egoísmo y la vanagloria, las burlas y las calumnias, la pérdida de libertad, la servidumbre y la prisión, la pobreza y la necesidad, entre otras.

El fragmento que hemos seleccionado para esta presentación corresponde a la tercera sección, dedicada al análisis de los síntomas de la melancolía, y se denomina *Síntomas de la melancolía de las doncellas, monjas y viudas* allí el autor advierte que ya muchos otros han observado este tipo particular de trastorno que no se corresponde con los síntomas de la melancolía de los hombres y de las otras mujeres; en efecto estas tres especies del género femenino sufren melancolía por efecto de *los vapores viciosos que proceden de la sangre menstrual* y aquí se centra nuestro interés en esta pequeña sección ya que en ella se condensa buena parte de ese sesgo de género que, como disvalor o negatividad, acompaña a las experiencias del cuerpo y a la presencia de la mujer en la historia de occidente ■

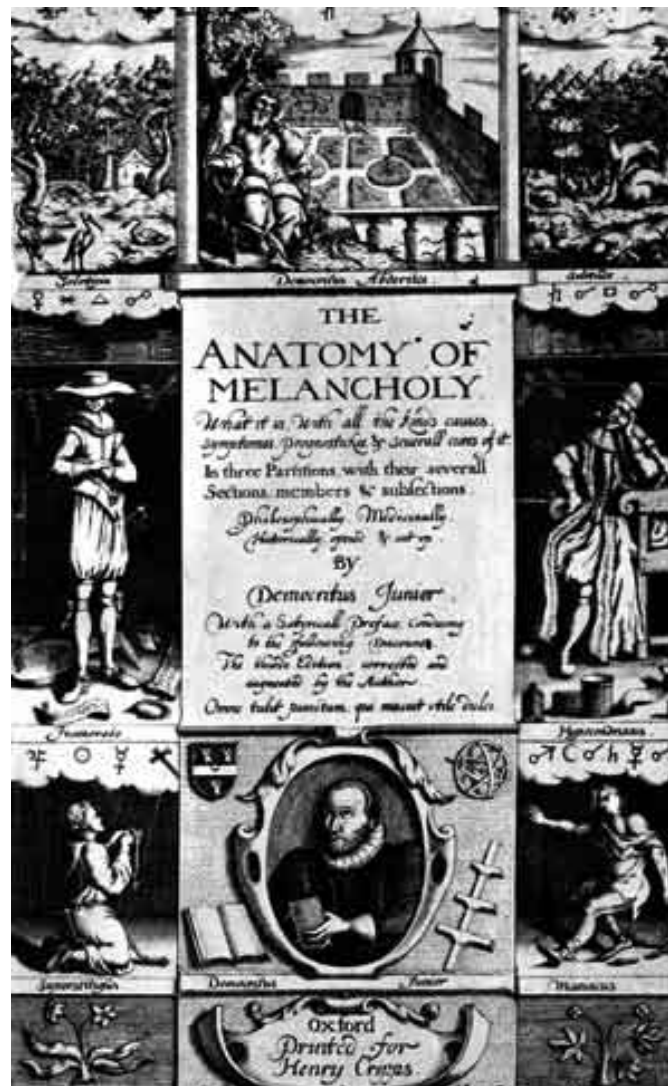


Ilustración de Anatomía de la Melancolía correspondiente a la edición de 1632, el retrato del autor aparece en el cuadro debajo del rectángulo central donde se presenta de seudónimo de Democritus Junior

Síntoma de la melancolía de las doncellas, monjas y viudas*

Puesto que Luis Mercado (en su segundo libro *De mulierum affectionibus*, cap. 4), y Rodrigo de Castro (*De morbis mulierum*, cap. 3, libro 2), dos famosos médicos españoles, y Daniel Sennert de Wittenberg (libro 1, part. 2, cap. 13), con otros, se han dignado, en sus obras publicadas no hace mucho, a escribir dos tratados precisamente «sobre la melancolía de las doncellas, monjas y viudas» como un tipo particular de melancolía (que ya he especificado) distinto del resto, pues se diferencia mucho de lo que les ocurre normalmente a los hombres y a otras mujeres. Al tener una sola causa peculiar de las mujeres exclusivamente, no lo puedo omitir, en este examen general de los síntomas melancólicos, para establecer las señales particulares de los individuos afectados así.

Las causas de esta feroz enfermedad se atribuyen siguiendo a Hipócrates, Cleopatra, Moscion y los antiguos «escritores de enfermedades femeninas», en las doncellas más ancianas, viudas y mujeres estériles, a que «debido al diafragma», dice Mercado, el corazón y el cerebro están afectados por los vapores viciosos que proceden de la sangre menstrual. Rodrigo añade: «una inflamación de la espalda», que con el resto está afectada por la exhalación fuliginosa de una semilla corrupta, atormentando así al cerebro, el corazón y la mente; el cerebro, digo, no en esencia sino por consenso. «Pues, en una palabra, toda la enfermedad procede de esa inflamación, de esa podredumbre, de los vapores negros humeantes», etc.; de allí vienen las preocupaciones, la tristeza, y la ansiedad, la ofuscación de los espíritus, la agonía, la desesperación y cosas semejantes, que aumentan o remiten, «si el ardor amoroso se incrementa» o cualquier otro objeto violento o perturbación mental. Esta melancolía les puede ocurrir a las viudas, con muchas preocupaciones y tristeza, como ocurre frecuentemente debido a una alteración repentina de su ritmo de vida habitual, etc.; a las que están de sobreparto «por falta de purgación»; pero en las monjas y doncellas más ancianas y algunas mujeres estériles, por las causas ya mencionadas, es más habitual, «les ocurra a éstas más a menudo que a las demás, dice Rodrigo». Las demás no se excluyen totalmente.

Aparte de estas causas, Rodrigo lo define, con Areteo, como una «mortificación mental», una tristeza repentina por poco o ningún motivo con una especie de desvarío y pena de una u otra parte, la cabeza, el corazón, el pecho, los costados, la espalda, el vientre, etc., con mucha soledad, lloro, ensimismamiento, etc., de los que se libran a veces de repente, porque va y viene esporádicamente, y no es tan permanente como otra melancolía.

Pero, para dejar esta breve descripción, los síntomas más ordinarios son éstos: «un latido en la espalda», que es casi perpetuo, la piel es muchas veces áspera, escuálida, especialmente, como observa Areteo, en los brazos, rodillas y nudillos. El diafragma y las entretelas se queman y laten de manera terrible, y cuando se agita este vapor o humo y huye hacia arriba, el mismo corazón late, está muy dolorido

y desfallece, «las gargantas se obstruyen por la sequedad, de modo que difícilmente se puede resolver por la estrangulación del útero», como ataques de la matriz. «En la mayoría, el vientre no produce nada, en otros se vuelve exiguo, acre, bilioso y la orina blanca». Se quejan muchas veces, dice Mercado, de un gran dolor de cabeza o cerca del corazón, y en los hipocondrios e igualmente en el pecho, que está a menudo dolorido; a veces están a punto de desmayarse, se les inflama la cara y se les pone roja, están secas, sedientas y de repente calientes, muy afectadas por el flato, no pueden dormir, etc. Y de ahí procede «un tipo brutal de desvarío», el sueño atormentado, los sueños terribles por la noche, «un tipo estúpido de vergüenza» en algunas ideas y opiniones perversas, desaliento mental, mucho descontento, juicios absurdos. Son propensas a odiar, disgustar, desdeñar, a cansarse de cualquier objeto, etc.; casi cualquier cosa les es odiosa, se consumen, faltas de consejo, están prestas a llorar y temblar, temerosas, miedosas, tristes y sin esperanza de mejor suerte. No se deleitan con nada por el momento, sino que les gusta estar solas y solitarias, aunque eso les haga más daño. Y así, están afectadas mientras dura este vapor, y de pronto tan alegres y felices como siempre han estado en su vida, cantan, hablan y se ríen con cualquier buena compañía, en toda ocasión. Y de este modo las prende esporádicamente una y otra vez, salvo que la enfermedad esté arraigada y entonces es más frecuente, vehemente y continuada.

Muchas no saben cómo expresarse con palabras, o decir cómo las afecta, qué les duele; no se las puede entender bien, ni asegurar lo que hay que hacer por lo que ellas dicen. A veces van tan lejos, están tan atontadas y distraídas que se creen embrujadas, están desesperadas, «prontas al llanto y a la desesperación». «Les duele ya el pecho, ya los hipocondrios», añade Mercado, el vientre y los costados, luego el corazón y la cabeza; ahora les molesta el calor, luego el flato, ahora esto, luego aquello, se cansan de todo. Y, sin embargo, no quieren ni pueden decir cómo, dónde o qué les molesta, aunque estén con un gran dolor, agonía, y frecuentemente se quejan, se duelen, suspiren, lloren, y estén siempre descontentas, «sin causa aparente», en su mayor parte. Sin embargo, digo, se quejarán, envidiarán, lamentarán y no se persuadirán sino de que están atormentadas por un espíritu maligno, lo cual es frecuente en Alemania, dice Rodrigo, en la clase media. Y las que están afectadas más gravemente (pues define tres grados de esta enfermedad en las mujeres), están desesperadas, seguramente hechizadas o embrujadas, y en los extremos de su desvarío, cansadas de vivir, algunas intentarán suicidarse. Algunas creen tener visiones, hablan con espíritus y demonios, creen estar con seguridad malditas, tienen miedo de alguna traición, algún peligro inminente y cosas similares, no quieren hablar ni responder a ninguna pregunta, sino que están casi absortas, locas o estúpidas durante un rato y repetidas veces. Y así las prende, según estén más o menos afectadas, y según aumente o disminuya el humor interno, o por objetos

* Fragmento del libro *Anatomía de la Melancolía* de Robert Burton.

externos y agravamiento de las emociones, la soledad, la ociosidad, etc.

Hay muchas otras enfermedades, muchas enfermedades salvajes, que ocurren a las mujeres jóvenes por esa causa única especificada antes. No voy a mencionar todos sus nombres; sólo la melancolía es el tema de mi discurso actual, del cual no me voy a apartar. Las diversas curaciones de esta enfermedad, en lo relativo a la dieta, que debe ser muy frugal, con flebotomía, medicina, remedios internos y externos, están por extenso en Rodrigo de Castro, Sennert y Mercado, para quien quiera hacer uso de ello, si es preciso. Pero el remedio mejor y más seguro de todos es verlas bien situadas y casadas con buenos maridos a su tiempo; «de ahí las lágrimas», esa es la causa principal y esa la curación apropiada para que den contento a sus deseos. No escribo esto para apoyar a ninguna libertina, coqueta ociosa, a mujeres lascivas o ligeras, que muchas veces son demasiado desenvueltas, irrefrenables y prestas a arrojarse al primero que se acerque, sin ningún cuidado, consejo, prudencia y juicio. Si la religión, la buena disciplina, la educación honesta, la exhortación saludable, las buenas promesas, la fama y la pérdida del buen nombre no pueden inhibirlas y disuadirlas (a las que no pueden elegir, sino que debería ser doncellas castas y cuerdas), el trabajo y el ejercicio, una dieta estricta, el rigor y las amenazas se pueden usar más oportunamente y son capaces por sí mismas de modificar y desviar un temperamento mal dispuesto. Pues pocas veces veréis una criada asalariada, una pobre asistenta, aunque sea anciana, que se mantenga trabajando duramente en tareas físicas, una criada vulgar campesina, afectada de esta manera, sino vírgenes nobles, damas hermosas, solitarias y ociosas, que viven descansadamente y llevan una vida sin acción ni ocupación, que lo pasan bien en grandes casas y compañías joviales, pero mal dispuestas quizás por sí mismas, y sin desear oponer ninguna resistencia, sino descontentas, de juicio débil, cuerpos dispuestos, y sujetas a pasiones («las vírgenes añosas, dice Mercado, las estériles y las viudas son generalmente melancólicas»); en su mayoría están afectadas e inclinadas a esta enfermedad. No me compadezco de las que pueden ser aliviadas de algún modo, sino sólo de aquellas que por un temperamento fuerte, una constitución innata, se ven arrastradas violentamente con este torrente de humores internos, y aunque sean de sí muy modestas, sobrias, religiosas, virtuosas y bien inclinadas (como muchas doncellas así afectadas), sin embargo no pueden resistir; estas molestias aparecerán, esta enfermedad tendrá lugar y se muestra claramente y no se las puede ayudar de otro modo. ¿Pero dónde estoy? ¿En qué tema me he precipitado? ¿Qué tengo que ver con las monjas, doncellas, vírgenes, viudas? Yo mismo estoy soltero y llevo una vida monástica en un colegio universitario, «realmente es muy necio que diga esto», lo confieso, es indecoroso y al igual que Palas, una doncella, se sonrojaba cuando Júpiter por casualidad hablaba de temas amorosos en su presencia, y volvía la cara, «me reprimiré», aunque mi tema necesariamente lo requería, no diré nada más.

No obstante, tengo que decir algo más, y lo diré; añadiré una palabra o dos «en favor de las doncellas y las viudas», en favor de todas esas personas así angustiadas, en conmisericordia hacia su estado actual. Y así, como no puedo elegir

más que condolerme de la desgracia de los que padecen esta enfermedad y están desamparados de toda ayuda en este caso, debo criticar necesariamente contra los que les están perjudicando más que las causas manifiestas, y a los que les ponen tanta amarga prueba: los pseudo-políticos tiranos, las órdenes supersticiosas, los votos imprudentes, los padres de duro corazón, las guardesas, los amigos artificiosos, los aliados (llámales como quieras), los inspectores descuidados y estúpidos, que por el «qué dirán», por la codicia, por la supina negligencia o por sus propios fines privados («estando ellos mismos bien situados mientras tanto») pueden rechazar de forma tan rigurosa, descuidar tan obstinadamente y depreciar impiamente, sin ningún remordimiento ni compasión, las lágrimas, suspiros, gemidos y miserias graves de esas pobres almas puestas a su cargo. ¡Cuán odiosos y abominables son esos votos supersticiosos y precipitados de los monasterios papistas, que obligan y fuerzan a hombres y mujeres a hacer voto de virginidad, a vivir solteros contra las leyes de la naturaleza, siendo opuesto a la religión, a la norma y a la humanidad, sufrir esa necesidad, proponer tal violencia, suprimir el vigor de la juventud mediante estatutos rigurosos, con leyes severas, persuasiones vanas, privándoles de aquello a lo que se ven tan furiosamente inclinados por su temperamento interior, arrastrados por la urgencia! Y a veces se les precipita, incluso se les conduce de forma irresistible al perjuicio de la salud de sus almas y del buen estado corporal y mental. ¡Y todo por prejuicios personales, para mantener sus toscas supersticiones, para enriquecerse a sí mismos y a sus territorios, como falsamente suponen, impidiendo algunos matrimonios, para que el mundo no se llene de mendigos y sus parroquias no se carguen de huérfanos! ¡Estúpidos políticos! ¿Acaso hay que hacer tal ignominia? «¿Se deben llevar así las cosas?» Es mejor casarse que quemarse, dice el Apóstol, pero se les ha convencido de lo contrario. Apagarán por todos los medios la casa de sus vecinos si se está quemando, pero del fuego de la lujuria, que les destroza en su interior con llamas tan lamentables, no se darán cuenta; a menudo sus vientes, carne y sangre arderán y se quemarán así, y no lo verán. «Es desgraciado», dice Agustín, «el que no puede compadecerse a sí mismo», y ellos son desdichados porque no se tienen piedad, son ciegos a lo que es bueno para todos y, por tanto, lo sería para su propio estado. Pues, aunque consideren las temibles enfermedades, los males salvajes, los grandes inconvenientes que les vienen a ambos sexos por esta templanza forzada (me atormenta pensarlo, mucho más que contarlo), los frecuentes abortos y asesinatos de niños en los conventos (leed a Kemnisius y otros) sus famosas fornicaciones, los putos, mujeres de mala vida, cortesanas, etc.; las violaciones, incestos, adulterios, masturbaciones, pederastías, sodomías de monjes y frailes. Véanse las consultadas en abadías de Bale, Mercurial, Rodrigo de Castro, P. Fores y varios médicos; conozco sus defensas y excusas habituales para estas cosas, «pero que lo examinen los políticos, médicos y teólogos», que yo me los encontraré a ellos más oportunamente en otro lugar.

«De esas viudas y de estas vírgenes soy defensor; no me achaques otra cosa, no se añadan otras palabras»■