

VERTEX
REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA
68



TRATAMIENTOS COMBINADOS

*Agrest / Chamorro / Chan / Feijoo
Gallegos / Hirsch / Lipovetzky / Torrente*

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, I. Vegh, H. Vezzetti, L. M. Zieher, P. Zöpke. **AUSTRIA:** P. Berner. **BÉLGICA:** J. Mendlewicz. **BRASIL:** J. Forbes, J. Mari. **CANADA:** B. Dubrovsky. **CHILE:** A. Heerlein, F. Lolas Stepke. **EE.UU.:** R. Alarcón, O. Kernberg, R. A. Muñoz, L. F. Ramírez. **ESPAÑA:** V. Baremblit, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** J. Bergeret, F. Caroli, H. Lôo, P. Noël, J. Postel, S. Resnik, B. Samuel-Lajeunesse, T. Tremine, E. Zarifian. **ITALIA:** F. Rotelli, J. Pérez. **PERU:** M. Hernández. **SUECIA:** L. Jacobsson. **URUGUAY:** A. Lista, E. Probst.

Comité Editorial

Martín Agrest, Norberto Aldo Conti, Pablo Gabay, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Santiago Levin, Daniel Matusevich, Alexis Mussa, Martín Nemirovsky, 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. Matta (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). **CORDOBA:** C. Curtó, J. L. Fitó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RIOS:** 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. **RIO 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. **TUCUMAN:** 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, 5° piso
(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
Coordinación y Corrección:
Mabel Penette

Composición y Armado:
Omega Laser Gráfica
Moreno 1785, 5° piso
(1093), Buenos Aires, Argentina

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

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

Hecho el depósito que marca la ley.

VERIEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XVII N° 68, JULIO – AGOSTO 2006

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

Vertex
Revista Argentina de
Psiquiatría

Aparición
bimestral

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

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

Ilustración de tapa
Betina Levin
"El borde del des-borde"

Serie Secretos
90 x 90 cm
acrílico sobre tela
2006

betinalevin@fibertel.com.ar

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- Acerca de un nuevo paradigma: la bioética,
G. A. Apreda pág. 245
- Ambiente laboral y malestar en conductores de trenes
Efectos sobre la salud, N. L. de Figueroa, P. Garaño, V. Schmidt pág. 249
- Unidad de Psicogeriatría de un Hospital General.
Análisis descriptivo de la evaluación, diagnóstico y
tratamiento de las consultas ambulatorias, H. Pisa, M. Pedace,
M. Ruiz, C. Vairo, C. Finkelsztein, A. Job, D. Matusevich pág. 254

DOSSIER

TRATAMIENTOS COMBINADOS

- Aspectos clínicos de los tratamientos en colaboración
entre psiquiatras y psicoterapeutas, G. Lipovetzky, M. Agrest pág. 263
- Psiquiatría y Psicoanálisis. Diálogo de locos, J. Chamorro pág. 270
- Reportaje a Fernando Ulloa, por G. Lipovetzky, M. Agrest pág. 274
- Colaboración entre psiquiatras y psicólogos: revisión
de la literatura, F. Torrente pág. 278
- ¿Coexistencia pacífica entre psiquiatras y
psicoterapeutas?, M. Chan pág. 285
- ¿Psicofármacos como psicoterapia?, H. Hirsch pág. 288
- La interdisciplina posible, F. Feijoo, M. Gallegos, V. Selva pág. 291

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- Problemas del tratamiento terapéutico en un hospital
psicoanalítico, por Frieda Fromm-Reichmann pág. 295

CONFRONTACIONES

- Sobre las internaciones psiquiátricas, J. Pellegrini pág. 309

LECTURAS Y SEÑALES

- Lecturas pág. 319

EDITORIAL

L

o que no me gusta del colegio es que hay muchas peleas, adentro y afuera", (Iván 13 años, Posadas, Misiones); "Me ponen triste los chicos que tienen que trabajar y no pueden ir al colegio", (Carla, 12 años, Ciudad Autónoma de Buenos Aires); "Le diría al Presidente que hable con los chicos, nosotros sabemos qué se puede hacer en la ciudad", (Iván, 14 años, Añatuya, Santiago del Estero); "Me gustaría un país con trabajo y sin deudas con otros países", (Estela, 14 años, Gran Resistencia, Chaco). Estas reflexiones fueron reportadas recientemente en una encuesta de Analogías sobre la opinión de Niños, Niñas y Adolescentes realizada por UNICEF (Clarín, 12/8/06) en la que se les dió la palabra a los pibes argentinos para que se pronunciaron sobre la situación social a fin de reconocerles su calidad de ciudadanos activos en los temas que los afectan. Son cuestiones de urgente tratamiento y abarcan diversos aspectos de lo que ocurre en nuestro país: según UNICEF, sobre la base de cifras oficiales recabadas a nivel nacional, los chicos que viven en situación de pobreza representan el 49,5% (más de 3.500.000) de los argentinos menores de edad. Estas cifras se vuelven más dramáticas según la zona del país que se considere: en las regiones más desfavorecidas, como el noroeste y el noreste, 2 de cada 3 chicos viven en situación de pobreza, mientras que en el sur la proporción de chicos pobres alcanza el 27,7%.

Este año el Ministerio de Salud de la Nación dio a conocer los resultados de la Primera Encuesta Nacional de Nutrición. La investigación reveló que la proporción de niños y niñas menores de 6 años con desnutrición aguda es del 1,2%. Si bien este dato demuestra una mejora en el acceso a programas de salud y nutrición, y también la capacidad de las familias de proteger a sus chicos, aún viviendo en situación de pobreza, el estudio muestra otras graves consecuencias de la desnutrición: la baja talla, la anemia por déficit de hierro en menores de 2 años y el sobrepeso.

Por otro lado, una investigación de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, en cooperación con UNICEF, da cuenta de más de 19.500 niños, niñas y adolescentes privados de su libertad, la mayoría por razones no penales. Aunque la recientemente sancionada Ley de Protección Integral, que reemplaza a la del Patronato de Menores es un paso positivo, sólo representa una oportunidad para profundizar la voluntad del Estado en la promoción y protección de los derechos humanos y desmontar un sistema que priva de libertad a miles de chicos y chicas institucionalizados por diversas situaciones carenciales, cuya implementación se hace esperar, y es de desear que no sea letra muerta.

Esta desoladora realidad contrasta con las cifras del crecimiento económico que beneficia a los sectores más concentrados de las empresas nacionales e internacionales asentadas en el país, ya que el ritmo de recuperación de los ingresos populares para salir del círculo de la pobreza, eufemismo que muchas veces oculta el de una verdadera miseria, es dramáticamente más lento que el de aquéllos. Se ha dicho, hasta el hartazgo, que el enjugamiento de la "deuda interna" que nos dejó el neoliberalismo político y económico era una obligación prioritaria para generar una situación más justa y socialmente digna ■

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 2006

Vertex 65 / Enero – Febrero
INTERNACION PSIQUIATRICA

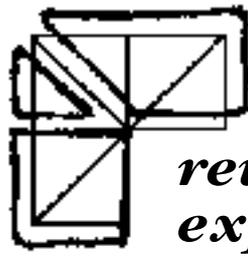
Vertex 66 / Marzo – Abril
**SEXOLOGÍA, SEXUALIDAD,
psiquiatría y cultura**

Vertex 67 / Mayo – Junio
**FARMACOTECNIA
EN PSICOFARMACOLOGIA**
Desarrollo y aprobación de fármacos

Vertex 68 / Julio – Agosto
TRATAMIENTOS COMBINADOS

Vertex 69 / Septiembre – Octubre
LOS NOMBRES DE LA LOCURA
Nosografías contemporáneas

Vertex 70 / Noviembre – Diciembre
ADOLESCENCIA



*revista de
experiencias*



clínicas y neurociencias

Acerca de un nuevo paradigma: la bioética

Gustavo Adolfo Apreda

Doctor en Medicina. Especialista Consultor en Psiquiatría y Psicología Médica. Docente Autorizado de la Cátedra de Psiquiatría de la UNLP.
Jefe de Sala del Hospital "Alejandro Korn" (Melchor Romero).

Calle 21a N° 1520. City Bell. Argentina. Tel. (0221) 472-2850 - E-mail: gusapreda@ciudad.com.ar

Introducción

La palabra "bioética" es una clave para comprender la naturaleza y los orígenes de esta nueva disciplina. Compuesta de *bios* y *ethiké* (vida y ética), aquélla conjuga biología y moral en síntesis paradigmática de ciencia y conciencia, hechos y valores, ser y deber ser.

Si hay "dos culturas" que parecen incapaces de hablar una a la otra, *-ciencia y humanidades-* y si esto es

parte de la razón por la que el futuro se muestra tan incierto, entonces deberíamos tender un "puente hacia el futuro" construyendo la disciplina de la bioética como un puente entre las dos culturas.

¿A que *bios* y a que *ethos* se refiere la bioética? Por definición, se trata de biología o biomedicina y de ética aplicada a la conducta humana. La bioética, puente hacia el futuro y entre las dos culturas; responde al desafío de la crisis bioética de la era tecnológica, crisis a la vez vital y

Resumen

La palabra "bioética" es una clave para comprender la naturaleza y los orígenes de esta nueva disciplina. Compuesta de *bios* y *ethiké* (vida y ética), aquélla conjuga biología y moral en síntesis paradigmática de ciencia y conciencia, hechos y valores, ser y deber ser. Si hay "dos culturas" que parecen incapaces de hablar una a la otra, *-ciencia y humanidades-* y si esto es parte de la razón por la que el futuro se muestra tan incierto, entonces deberíamos tender un "puente hacia el futuro" construyendo la disciplina de la bioética como un puente entre las dos culturas. ¿A qué *bios* y a qué *ethos* se refiere la bioética? Por definición, se trata de biología o biomedicina y de ética aplicada a la conducta humana. La bioética, puente hacia el futuro y entre las dos culturas, responde al desafío de la crisis bioética de la era tecnológica, crisis a la vez vital y normativa en cuya urdimbre se destacan la catástrofe ecológica, la nueva biología y la medicalización de la vida.

Palabras clave: Bioética – Nuevo paradigma – Nuevo dominio cognoscitivo – Relación médico-paciente – Ciencia y conciencia – Autonomía

THE BIOETHICS AS A NEW PARADIGM

Summary

The word "bioethics" it is a key to understand the nature and the origins of this new discipline. Made up of bios and ethiké (life and ethics), that it conjugates biology and moral in paradigmatic synthesis of science and it makes aware, facts and values, to be and duty to be. If there is "two cultures" that seem unable to speak one to the other one, *-science and humanities-* and if this is part of the reason for which the future is shown so uncertain, then we should spread a "bridge toward the future" building the discipline of the bioética like a bridge among the two cultures. ¿To that bios and to that ethos refers the bioethics? By definition, it is biology or biomedicine and of ethics applied to the human behavior. The bioethics, bridge toward the future and among the two cultures, he/she responds to the challenge of the crisis bioethics of the technological era, crisis at the same time vital and normative in whose warp stands out the ecological catastrophe, the new biology and the medicalization of the life.

Key words: Bioethics – New paradigm – New cognitive domain – Doctor-patient relation – Science and it makes aware – Autonomy



normativa en cuya urdimbre se destacan *la catástrofe ecológica, la nueva biología y la medicalización de la vida*.

La bioética abarca la ética médica, pero no se limita a ella. La ética médica en su sentido tradicional, trata de los problemas relacionados con valores que surgen de la relación médico-paciente. La bioética constituye un concepto más amplio en cuatro aspectos importantes:

a. Comprende los problemas relacionados con valores que surgen en todas las profesiones de la salud, incluso en todas las profesiones "afines" y las vinculadas con la salud mental.

b. Se aplica a la investigación biomédica y de la conducta, independientemente de que influya o no de forma directa con la terapéutica.

c. Aborda una amplia gama de cuestiones sociales, como las que se relacionan con la salud pública, la salud ocupacional e internacional y la ética del control de la natalidad, entre otras.

d. Va más allá de la vida y de la salud humana, en cuanto comprende cuestiones relativas a la vida de los animales y las plantas; por ejemplo en lo que concierne a experimentos con animales y demandas ambientales conflictivas.

La bioética como disciplina se ha basado históricamente en el modelo normativo de los principios. Se entiende por *principismo* a un desarrollo filosófico racional, deductivo, que da un lugar central en la deliberación y justificación morales a un cuarteto de principios: 1) *Beneficencia*, 2) *No maleficencia*, 3) *Autonomía* y 4) *Justicia*.

Si bien son ampliamente reconocidos los méritos del principismo y todavía hoy domina el discurso de la bioética, no faltan críticas al mismo desde hace años por muy distintos aspectos, y recientemente por la condición posmoderna de la ética.

El sistema de los principios surge como disciplina para afrontar la crisis de la atención de la salud y sus tres problemas hoy mayores: costos, calidad y responsabilidad.

La recesión económica en la década de 1970 agudizó la conciencia del precio de la salud. El comportamiento de este último como bien de consumo en una población más crónica y envejecida, y la expansión de servicios médicos encarecidos por la tecnología, la mala praxis y el abuso de la seguridad social, determinaron un generalizado aumento de consumo y gastos sanitarios, vol-

viéndose escasos los recursos disponibles y necesario asignarlos racionalmente. La medicina y la atención de la salud enfrentan hoy un futuro incierto en casi todos los países a causa del envejecimiento poblacional, el acelerado cambio tecnológico y la siempre creciente demanda de servicios.

Hoy parece cumplirse lo que Goethe proféticamente temía: "También yo comparto ese amor al progreso, pero a la vez temo que la humanidad llegue a una situación en la cual cada hombre tenga que ser el enfermero de otro hombre".

Criticado en un comienzo metodológicamente como "ingeniería moral", hoy el racionalismo principista es atacado por el relativismo moral de la posmodernidad, en la cual hay muchas dificultades para aplicar principios éticos en una narrativa moral universal, en relación a la ilimitada posibilidad de posiciones éticas inconmensurables al interior de una sociedad democrática, pluralista y multicultural.

La exploración en la genealogía de la bioética, revela el poder del discurso biomédico y los límites de la racionalidad.

Todos los discursos los construye el poder, y la idea misma de racionalidad es una ilusión: "no hay razón, sino razones".

El foco de la bioética se mueve hacia los temas del poder, el discurso, la subjetividad, la moral, la ciencia, etc.

Una lectura posmoderna del discurso principista revela el "complejo bioético" de la medicina actual. Complejo en sentido genérico, porque se trata de tres (o cuatro) principios diversos y entre sí conflictivos, en los cuales se inscriben los protagonistas del drama de la enfermedad: 1) *el médico*, 2) *el paciente* y 3) *la sociedad*.

El discurso de la bioética se trata de un complejo, porque detrás de cada principio y su protagonista respectivo, hay una narrativa de la medicina actual con el correspondiente sujeto, trama y moraleja. Son tres narrativas (*Pigmalión*, *Narciso* y *Knock*) las que encarnan los principios de la bioética en el escenario posmoderno.

1. *Pigmalión (beneficencia y no maleficencia)*: Viene representado por la figura del médico. Pigmalión está animado por el deseo de construir al otro, concretamente de fabricar el cuerpo femenino y realizar la mujer de su sueño.

El sentido pigmaliónico de la técnica es antropoplástico, consiste en el arte de esculpir o remodelar la propia naturaleza humana. Este es el objetivo de la actual revolución tecnocientífica, con dos grandes líneas de continuidad histórica: la biogenética y la cibernética.

La revolución somatoplástica es la revolución biológica, dirigida ahora a superar las limitaciones naturales o los condicionamientos biológicos del hombre, en vías de nuevas formas de nacer, procrear y morir.

La medicina actual aspira a plasmar, esculpir o transformar la naturaleza humana, en pos de nuevas metas del arte de curar, como las medicinas predictiva, psicoconductiva, paliativa, permitativa y perfectiva.

La medicina actual está atrapada en una ambivalencia: la ambivalencia del deseo atrapado en la finitud del cuerpo. Su imperativo tecnológico es prolongar la vida a cualquier costo, lo que distorsiona los principios de beneficencia y no maleficencia tradicionales de las intervenciones terapéuticas (ahora ambiguas en su poderío e inciertas en su posibilidad). Pero, lejos de ser el amo, el hombre es manipulado por la tecnociencia.

2. *Narciso (la autonomía)*: es representada por el paciente. Hoy es Narciso la figura mítica que nos identifica como estilo de vida, la llamada "cultura del narcisismo" por algunos autores. El individuo narcisista, lejos de tener virtud y autonomía, es un sujeto *light*, no confiable en su conducta existencial, cuestionado en su moralidad, atento a la buena vida sin cuidado de la vida buena. El individualismo promueve valores hedonistas, permisivos, no el acceso a la autonomía o la conquista de la libertad. Estamos en la era posmoderna, donde solo cuenta el individuo y su autosuficiencia existencial, en desmedro de lo político y lo social.

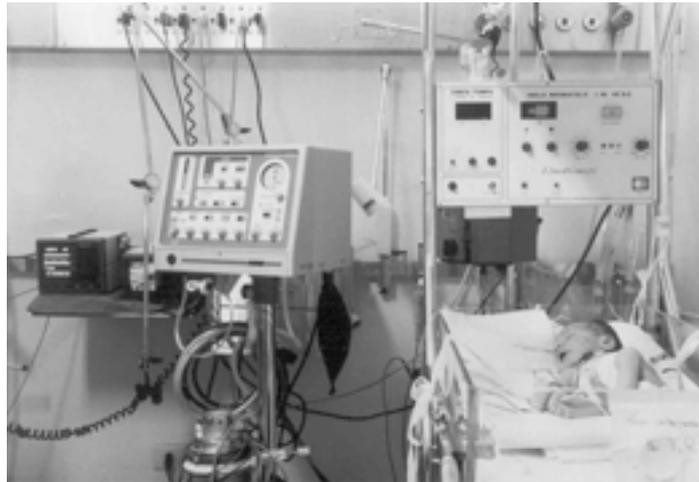
El principio de autonomía significa el respeto a la autodeterminación del agente moral, vale decir racional y libre, e implica un derecho de no interferencia y una obligación de no coartar acciones autónomas. Se trata de un principio contradictorio respecto de la tradición hipocrática (autoritaria y paternalista), que no deja espacio para la participación del paciente en las decisiones médicas.

La figura del "*consentimiento informado*" (la adhesión racional y libre del paciente al tratamiento médico), se desprende del principio de autonomía, dado que la información es esencial a la racionalidad (es preciso comprender una situación, antes de decidir sobre ella), y el consentimiento presupone libertad. Hoy, en muchos países el consentimiento informado no es sólo regla moral (elección autónoma), sino también fórmula legal (autorización escrita).

3. *Knock (la justicia)*: Representa a la sociedad. "Knock o el triunfo de la medicina", la pieza de Jules Romains, representa en forma dramática y tragicómica, a la medicalización de la vida hoy.

La tesis central de Knock se resume en el epígrafe "los sanos son enfermos que se ignoran", hoy reformulado así: "sano es un sujeto insuficientemente explorado".

Knock es un drama clave en el análisis del poder de la medicina, y arroja una nueva luz sobre la cuestión bioética y la genealogía de la moral médica.



El poder médico se funda sobre la vulnerabilidad del enfermo.

La medicina imaginaria de Knock, deviene peligrosamente real con el presente mito tecnológico de un arte de curar las situaciones de la propia condición humana: el sufrimiento, la vejez y la muerte, es decir nuestra propia humanidad.

La salud ya no es más un bien individual de valor secundario y entendida como ausencia de enfermedad; la salud es ahora cosa pública, objetivada como bienestar y un bien social primario de alto beneficio.

El *knockismo* economicista caracteriza la era del mercado tras la crisis del estado benefactor, cuando el nuevo orden económico liberal globalizado impone la competencia, la eficiencia y la sostenibilidad. Pero el economicismo es una teoría ideológica y la desigualdad creciente de los individuos es una realidad contra la cual choca siempre la ética. El dinero es un falso dios, como el bíblico becerro de oro nos lo recuerda. El dinero motiva a la gente, lubrica el movimiento de los recursos y derriba algunas barreras. Pero el dinero tiene también un lado oscuro: puede distraer, corromper, distorsionar y cruelmente excluir. El dinero es un sirviente útil, pero sin reglas; a veces, un duro patrón.

Del paradigma disciplinario de la bioética, se desprenden dos modelos en conflicto de relación moral médico-paciente: a) el paternalista tradicional y b) el contractualista moderno; dos tipos ideales de responsabilidad médica que en definitiva apelan a una síntesis dialéctica.

El paternalismo, acaso el "*peccatum historicum*" de la ética médica, es actuar como padre en beneficio del paciente, pero sin su consentimiento.

El contractualismo tiene su origen en la tradición ilustrada del contrato social y la teoría del estado como de naturaleza ya no divina, sino popular; el modelo contractual consiste en un proceso de decisión compartida entre agentes morales que respetan derechos y obligaciones como reglas de juego. La aparición reciente en medicina de este modelo de autonomía y derechos, basado en la filosofía racionalista y la teoría política liberal, representa una reacción frente al paternalismo tradicional y una innovación para la toma de decisiones y responsabilidades en la atención de la salud.

Cabe formular críticas a ambos modelos de relación moral médico-paciente. El paternalismo ha entrado en el ocaso con la sociedad tecnológica e informada que rechaza toda autoridad, y la crisis de la razón médica cuestiona la bondad de la pretendida benevolente beneficencia de aquél. Asimismo, ya son sensibles los límites y peligros del modelo contractual, que no se ajusta a la naturaleza de la relación terapéutica, subvierte el concepto de autonomía y tiende al legalismo o al minimalismo moral.

Más allá de uno y otro modelo *es preciso remodelar la relación médico-paciente*, fundada en la "*philia*", la amistad o camaradería de sus términos, el encuentro de una confianza y una conciencia, un enfermo competente y un profesional calificado y responsable: en suma, una singular y rica relación humana, paradigma de humanidad, compasión y respeto. De aquí el resurgimiento de la teoría de la virtud en la ética médica, la apelación a los hábitos morales dentro de la profesión y en el orden civil, que comprende tanto las virtudes del buen médico (integridad, respeto, compasión) como las virtudes del buen paciente (sinceridad, probidad, equidad, tolerancia y confianza).

Conclusiones

El aporte de la bioética a la medicina actual puede resumirse en tres cuestiones principales: a) *la introducción del sujeto moral* (consideración del paciente como agente racional y libre, respeto a sus derechos de saber y decidir), b) *la evaluación de la vida humana* (criterio ético de la calidad de vida frente al tradicional de la santidad y la cantidad) y c) *la justificación del derecho a la salud* (la salud como bien social primario). Estas tres cuestiones tienen por fundamento, respectivamente, los principios de *autonomía, beneficencia y justicia*.

El "complejo bioético" de los principios es la respuesta disciplinaria a las transformaciones tecnocientíficas, políticas y sociales de la medicina actual.

Las mutaciones de nuestra época, tan cargadas de acechanzas como también de esperanzas, exigen un renacimiento de la ética, e incluso su refundación radical.

Entramos en una época donde la "ciencia de la liber-

tad" se requiere como dominio del dominio, como poder del poder; la ética misma concebida como una técnica indispensable para la eficiencia política y económica.

El complejo bioético puede extenderse a toda nuestra cultura, donde la medicina ocupa un lugar central y constituye un factor de universalización de la ética, por su construcción de un discurso moral propio y con pretensiones de valor universal.

La bioética vendría a ser así un diagnóstico y un tratamiento de nuestro tiempo, como respuesta médica y moral al desafío de tres formas culturales contemporáneas que configuran el complejo bioético (pigmaliónico, narcisista y knockista).

Es decir, entendemos a la bioética como la aparición de un nuevo paradigma y un nuevo dominio cognoscitivo, es decir un campo de conocimiento, pensamiento y acción acotado por sus propias reglas de funcionamiento, distintas al modelo médico tradicional.

El pigmalionismo tecnocientífico, el narcisismo individualista y el knockismo economicista configuran el complejo bioético de la posmodernidad, la era del nihilismo anunciado por Nietzsche, el gran clínico de la cultura occidental, que utilizó la imagen del "médico filósofo". Dice Nietzsche: "Espero siempre que un médico filósofo, esto es un médico que estudie el problema de la salud general del cuerpo, de la época, de la raza, de la humanidad; tenga el coraje de llevar mi sospecha hasta las últimas consecuencias y que se atreva a decir: hasta aquí en ninguna filosofía se ha tratado de la verdad, sino de otra cosa; hablemos de la salud, del futuro, del crecimiento, de la fuerza, y de la vida".

Lo descripto precedentemente justifica la inclusión de la bioética, como la aparición de un nuevo paradigma y un nuevo dominio cognoscitivo en el tradicional discurso biomédico, y a los cambios tecnocientíficos y morales que plantea la medicina actual; y a una nueva manera de enfocar la crisis en la que se debate el actual discurso médico.

Frente a la crisis del viejo paradigma médico, representa -do por el modelo médico tradicional (paternalista y autoritario); aparece la bioética como un nuevo paradigma que con -juga biología y moral, ciencia y conciencia; es decir una nue -va ética que asegura la autonomía del paciente frente al po -der médico y un puente entre la ciencia y el deseo humano ■

Referencias bibliográficas

1. Mainetti, JA. "La medicalización de la vida", en *Bioética Fundamental*, Ed. Quirón. La Plata, 1989.
2. Mainetti, JA. *Homo Infirmitus*, Ed. Quirón. La Plata, 1990.
3. Mainetti, JA. *Bioética Sistemática*, Ed. Quirón. La Plata, 1991.
4. Mainetti, JA. *Estudios Bioéticos*, Ed. Quirón. La Plata, 1993.
5. Mainetti, JA. *Compendio Bioético*, Ed. Quirón. La Plata, 2000.

Ambiente laboral y malestar en conductores de trenes. Efectos sobre la salud

Nora Leibovich de Figueroa, Pablo Garaño, Vanina Schmidt

Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA)
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)

*En esta lucha, está lo que creo, está lo que pienso,
está lo que siento y está lo que hago.*
Maimónides

Introducción

Diversos estudios e investigaciones han puesto de relieve que los *factores ambientales* no sólo son fuente de enfermedad somática, sino también de *malestar y tensión* psíquica o, como se lo denomina en la literatura científica, de *estrés ocupacional*.

Las investigaciones de Cannon (1935) Selye (1936), Lazarus (1966), Lazarus y Folkman, (1984) Karasek (1990) (citados en 8) y la de otros tantos expertos que han adoptado sus modelos teóricos, han ido conformando un importante cuerpo de evidencia empírica que da cuenta de la estrecha relación entre *condiciones ambientales estresantes y sus efectos sobre la salud de los trabajadores*.

En este trabajo se aborda la temática del *ambiente de trabajo*, el *malestar psíquico* y la *salud*, en los conductores de trenes suburbanos del cinturón urbano de Buenos Aires.

Problemas y contexto

En el ámbito del transporte ferroviario de pasajeros de la región metropolitana, dos problemas de las Condiciones y Medio ambiente de trabajo(7) impactan en el proceso de salud/enfermedad de los trabajadores ferroviarios. Nos referimos a:

- El estado del material rodante (máquinas y vagones) y los corredores ferroviarios.
- Los accidentes ferroviarios con arrollamiento de personas y colisión de vehículos.

Para contextualizar el primer problema haremos uso de información provenientes de fuentes secundarias. En un informe de la Auditoría General de la Nación¹, sobre los principales trabajos realizados acerca de las empresas

1. Auditoría General de la Nación: "Transporte Terrestre: Muestra de las principales auditorías sobre órganos de control y empresas adjudicatarias de procesos de privatización. Síntesis y Conclusiones 1993-2003".

Resumen

En este trabajo se exploran con una metodología cuali-cuantitativa las fuentes de malestar que experimentan los conductores de trenes así como la relación entre los estresores del medio ambiente de trabajo y la salud de quienes conducen formaciones viales de pasajeros en zonas urbanas. En una primera etapa, se han realizado observaciones y entrevistas a informantes clave y a conductores. En la segunda etapa, se ha trabajado con una muestra de conductores de los ramales urbanos a los que se les ha administrado el Inventario de Estrés Ocupacional (OSI, de Osipow y Spokane, 1987; adaptación(9) y el Cuestionario General de Salud (GHQ, de Goldberg y Williams, 1996; versión para lengua española(6) y un cuestionario socio-demográfico y socio-laboral (construido por el equipo). Los datos fueron analizados con metodología cualitativa y cuantitativa. Se identificaron las principales fuentes de malestar en esta población, así como las posibles repercusiones que las mismas tienen en la salud del trabajador.

Palabras clave: Factores ambientales – Malestar – Salud – Conductores de trenes

WORK ENVIRONMENT AND TRAIN CONDUCTORS' RESTLESSNESS. IMPACT ON WORKERS HEALTH

Summary

In this work, which follows a cuali-cuantitative methodology, we explored train conductors' sources of restlessness and the relationship between work environment stressors and health of those conductors from urban zones. Firstly, observations and interviews to key-informants and conductors were done. Secondly, a group of conductors were asked to complete the following instruments: Occupational Stress Inventory (OSI, Osipow and Spokane, 1987; adaptation: Schmidt, Leibovich, Schufer, Gonzalez and Marcomi, 2003), General Health Questionnaire (GHQ, Goldberg and Williams, 1996; Spanish version: Lobo and Muñoz, 1996) and a Socio-demographic and a Work Questionnaire (elaborated by researcher group). Data were analyzed with cuali-cuantitative methodology. Main sources of restlessness from this population were identified as well as the possible impact these sources have on workers health.

Key words: Environment Factors – Restlessness – Health – Train conductors



adjudicatarias de los procesos de privatización y entes reguladores en los temas de transporte terrestres, desde el año 1993 hasta el año 2003, se exponen diversas dimensiones relativas al cumplimiento de las obligaciones contractuales por parte de los concesionarios de servicios ferroviarios de transporte de pasajeros.

Este informe señala "que los concesionarios han incumplido con los cronogramas de inversiones comprometidos en el contrato de concesión, ya sea no ejecutando las obras, ya sea postergando su ejecución. Ello incrementó la necesidad de mayores tareas de mantenimiento, algo que en la práctica tampoco sucedió". Como consecuencia de la falta de inversiones, se expone que se ha visto afectada la calidad de los servicios y se ha deteriorado la seguridad del sistema, generando perjuicios tanto a los usuarios como al propio Estado Nacional.

Con respecto a los AFCAP y basándonos en datos de la Comisión Nacional de Regulación del Transporte (CNRT) podemos decir: Los accidentes en líneas férreas con arrollamiento de personas representan casi un tercio de los accidentes, y casi el 90% de las muertes producidas.

Tomando el total de personas siniestradas durante el quinquenio 96-00, tenemos una razón de una persona accidentada por cada conductor, mientras que las muertes se distribuyen en una persona muerta cada tres conductores².

Un delicado equilibrio

Las condiciones ambientales valoradas por los trabajadores como productoras de malestar y estrés pueden producir efectos tanto a nivel somático como psicológico aún cuando su impacto no sea reconocido por el propio trabajador.

2. Conductores de trenes ante los accidentes con arrollamiento de personas: un riesgo laboral. Buenos Aires, Julio de 2002 *Programa de Salud del Trabajador*. Dirección de Promoción y Protección. Secretaría de Programas Sanitarios. Ministerio de Salud de la Nación

Algunos estresores laborales inciden en el equilibrio psíquico del sujeto, sin que éste pueda vincular su malestar con la fuente que lo produce. Diremos entonces que los factores desencadenantes de la respuesta de estrés pueden no estar directamente relacionados con la fuente del malestar somatopsíquico (Lennart, 1999).

La repercusión de este problema desde un punto de vista económico es muy significativo. El estrés laboral se encuentra asociado a pérdida de productividad, enfermedad y disminución de la calidad de vida. En EE.UU., el 11% del total de las prestaciones abonadas por enfermedad profesional, tienen un diagnóstico de incapacidad psicológica debida a estrés mental progresivo(8).

En Europa y EE.UU. las agencias gubernamentales se han abocado fuertemente a diseñar políticas sanitarias y laborales, tendientes a disminuir los efectos de este flagelo.

El estrés y el riesgo de problemas de salud aparecen cuando las exigencias del trabajo requieren un esfuerzo constante del trabajador para adaptarse a ellas. Es de destacar que estos estresores interactúan con otros, produciéndose un efecto sinérgico o de adición con consecuencias negativas en distintos planos de la vida del sujeto (Evans y Jacobs, 1982(citados en 5)).

En este trabajo se sostiene la hipótesis de que las elevadas demandas del medio ambiente físico de trabajo se presentan asociadas a altos índices de malestar somatopsíquico y a consecuencias sobre la salud de los conductores de trenes.

Metodología

En una primera etapa, se han realizado observaciones, entrevistas a informantes clave y a conductores de trenes en actividad.

En una segunda etapa, se ha seguido una metodología cuantitativa la cual se describe a continuación.

Muestra

Participaron de manera voluntaria y anónima 10 conductores de trenes.

El 70% son casados, 20% solteros y el 10% divorciados. En cuanto al máximo nivel de escolaridad alcanzado, se observa que el 70% ha completado el nivel medio y el 30% restante, el nivel primario. El 80% de los examinados ha manifestado que sus ingresos le permiten



cubrir sus necesidades, mientras que el porcentaje restante lo considera insuficiente.

Instrumentos y definición de variables

A efectos de medir los estresores relacionados con el medio ambiente de trabajo y el malestar somatopsíquico percibido, se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Inventario de Estrés ocupacional (*OSI*, de Osipow y Spokane, 1987; adaptación: Schmidt, Leibovich, Schuler, Gonzalez y Marconi(9)). Evalúa tres dimensiones del ajuste ocupacional.: estrés ocupacional, tensión psicológica y recursos de afrontamiento. Cada medida se encuentra conformada por escalas que recogen información sobre atributos específicos del ambiente o del individuo.

- Cuestionario de salud general (*GHQ*, de Goldberg y Williams, 1996; versión para lengua española: Lobo y Muñoz(6)). El GHQ es un cuestionario que se refiere a dos tipos principales de fenómenos: la capacidad para seguir llevando a cabo funciones "saludables" normales y la aparición de nuevos fenómenos del tipo del malestar psíquico(6). El malestar psíquico se encuentra definido por los siguientes ejes: Síntomas somatopsíquicos, Ansiedad insomnio, Disfunción Social y Depresión.

- Cuestionario socio-demográfico y socio-laboral (construido por el equipo). El mismo evalúa características sociodemográficas generales así como características del contexto laboral (grado de satisfacción con la tarea y el salario, grado de control percibido, cantidad de accidentes en los que participó, entre otras variables relevantes).

Análisis de Datos

Se ha analizado la información proveniente de las estrategias cualitativas de recolección y de las estrategias cuantitativas, integrando ambas metodologías. Para los datos recabados con metodología cuantitativa se ha utilizado el *software* estadístico *SPSS V.13*. Se han obtenido estadísticos descriptivos, correlación de Spearman y análisis comparativos entre la muestra de conductores y población general.

Resultados y conclusiones

Las fuentes de malestar

Los resultados del análisis cuantitativo permiten concluir que los trabajadores experimentan fuentes específicas de malestar aún cuando no reportan altos niveles de tensión (en Inventario OSI).

¿Cuáles son tales fuentes de malestar?

Se han identificado dos de las principales fuentes de malestar y estrés. Ellas son: el ambiente físico de trabajo (puntaje percentilar = 95) y el haber participado en accidentes con arrollamiento de personas o colisión de vehículos.

El ambiente físico de trabajo provoca un grado de malestar significativo. Refieren trabajar en espacios cerrados, con ruido y vibraciones constantes, altos niveles de toxicidad, temperaturas no saludables, mala ventilación, espacio incómodo, entre otros aspectos que se han registrado tanto desde lo cualitativo como desde lo cuantitativo (Inventario OSI).

Pero la situación de mayor impacto emocional es la



de estar expuestos a accidentes. De los 10 examinados, 8 han participado de más de un accidente en su puesto de trabajo con o sin víctimas fatales (en 2 casos no se posee información).

¿Cuáles son las posibles consecuencias que las fuentes de malestar tienen sobre la salud de los conductores?

Uno de cada 4 conductores manifestó experimentar en la actualidad síntomas somatopsíquicos (dolores de cabeza, hipertensión, problemas cardio-vasculares) no sintiéndose “bien de salud” y “en plena forma”, y teniendo la sensación “de estar enfermo” (Inventario GHQ). Por otra parte, uno de cuatro conductores ha tenido problemas en la esfera social y emocional “al no sentirse útiles”, al experimentar “dificultades en la toma de decisiones” e “incapacidad para disfrutar de las actividades cotidianas” (Inventario GHQ). Así, los síntomas reportados por los trabajadores son típicos indicadores de estrés laboral crónico.

El estrés laboral es responsable de buena parte de los problemas físicos y mentales que experimentan las personas que trabajan en contextos laborales estresantes.

En este caso, se observa una alta asociación entre los factores físicos del medio ambiente de trabajo y el malestar somatopsíquico de los conductores de la muestra (coeficiente de correlación $\rho = 0,803$; $p = 0,005$)(2).

Esta fuente de malestar está asociada a efectos negativos. Sin duda, el ser testigos involuntarios de muertes en las que ellos participan afecta de modo contundente la salud del trabajador, y se expresaría tanto a través de síntomas físicos como psicológicos tales como: dolores de cabeza, dolores de estómago, dificultades para dormir, angustia, irritabilidad, ansiedad. Esta sintomatología, de no ser atendida a tiempo y adecuadamente, puede derivar en cuadros psicopatológicos severos tales como trastornos del estado de ánimo, estrés post-traumático y ataque de pánico, así como producir úlceras, agravar enfermedades cardio-vasculares, debilitar el sistema inmune (predisponiendo a enfermedades virales, autoinmunes, parásitos, hongos), problemas dermatológicos, respiratorios y hasta cognitivos(3).

Los conductores refieren, o bien haber experimentado ellos algunos de estos trastornos, o bien conocer a algún compañero que los ha experimentado. Refieren “sensación de pérdida de control del propio cuerpo”, “sensación de pérdida de realidad”, creencias en relación a la posibilidad de “volverse locos”, todo lo cual indica que algunos están cursando o han cursado un trastorno de ansiedad.

La situación traumática a la que están expuestos está agravada por la desesperanza, la cual adquiere dos vertientes: desesperanza frente al accidente –ya que no testigos involuntarios de muertes que pueden predecir pero no evitar– y desesperanza luego del accidente, pues están legalmente desprotegidos y sienten que “nada puede hacerse frente a ello”.

Se advierte asimismo la dificultad para hablar sobre el tema (lo cual es altamente iatrogénico ya que al no poder simbolizar el hecho traumático, permanece en el plano de lo real). Así, el problema se vuelve invisible para la empresa y hasta para el propio conductor. Tratan de “no sentirse culpables ya que fue un accidente” sin advertir que ellos mismos están accidentados y son víctimas de un accidente. Cada quien, por distintas razones, prefiere negar o minimizar este hecho, produciéndose así un nuevo trauma (secundario al hecho traumático de haber participado en un accidente con víctimas fatales, pero no menos importante pues al no elaborar la temática se revive constantemente pudiendo llegar a ser ellos mismos, víctimas fatales).

Los aspectos resilientes de los conductores

Los recursos de afrontamiento que poseen los trabajadores son fundamentales para mitigar los efectos negativos de los eventos que producen malestar.

Una variable que adquiere especial relevancia en relación a las respuestas de estrés, es el grado de control subjetivo que los sujetos manifiestan tener sobre sus puestos de trabajo. El 60% respondió que podría cambiar algo si se lo propusieran.

Por otra parte, el grupo encuestado refiere realizar actividades recreativas, poseer adecuados hábitos de autocuidado, y capacidad para planificar y organizar la tarea dentro del contexto laboral.

Tanto desde la metodología cualitativa como cuantitativa se observa la importancia del soporte social como fuente fundamental para paliar el malestar laboral. En este sentido, es destacable el rol que el sindicato cumple. Sienten que éste es un importante lugar de pertenencia, en donde puede expresarse, encontrar apoyo emocional y realizar actividades (recreativas, gremiales, etc.) con otros compañeros. Los trabajadores encuestados están muy comprometidos con el sindicato y, por lo tanto, es probable que sean los que mayor protección

reciben (subjetiva y objetiva). Es posible hipotetizar que las fuentes de malestar y los síntomas identificados son más graves en el grupo de trabajadores que no reciben o perciben (por diferentes razones) apoyo emocional e instrumental por parte del gremio.

El valor que otorgan al trabajo que realizan actúa como fuente de satisfacción y mitiga los efectos deletéreos del estrés. Los conductores refieren experimentar una importante responsabilidad al conducir unidades ferroviarias, ya que “de ellos depende que los pasajeros y el tren lleguen bien a destino”. Dada la capacitación que sienten que tienen, no consideran que tal responsabilidad los exceda. Por lo tanto, más que una fuente de malestar tal situación es evaluada como un desafío que les permite valorar la tarea que realizan.

Finalmente, consideramos que los resultados aquí presentados podrían ser de utilidad para un programa de reducción de las consecuencias que sobre la salud tienen los estresores ambientales en los conductores de máquinas viables.

Es fundamental iniciar acciones intersectoriales tendientes a mejorar las condiciones y medio ambiente de trabajo, garantizar la seguridad en el conjunto del sistema ferroviario y disminuir los AFCAP así como incrementar las campañas comunitarias de prevención de accidentes ferroviarios.

Un plan de prevención debería contemplar los siguientes componentes:

- Educación y promoción de la salud.
- Asistencia precoz al trabajador accidentado.
- Reincorporación progresiva con adaptación al puesto de trabajo.
- Seguimiento y control de la salud de los trabajadores.

Es importante aclarar que estas conclusiones son preliminares –ya que se necesitaría ampliar la muestra– pero pueden ser útiles a los efectos de comenzar a conocer de manera sistemática la problemática de los conductores de trenes en nuestro país ■



Referencias bibliográficas

1. Abiricha C, Silocchi O, Piterbag J, Garaño P. (1987) “Impacto Emocional de los Accidentes Ferroviarios en el Conductor de trenes”. En *Sinopsis, Revista de la Asociación de Psiquiatras Argentinos*. Año 4 N° 9. Buenos Aires.
2. Cortada de Kohan N. (1994) *Diseño estadístico*. Bs. As.: Eudeba.
3. Carlson NR. (1996) “Emoción y Estrés” en N. R. Carlson *Fundamentos de Psicología Fisiológica*. México: Prentice Hall Hispanoamericana S.A.
4. Cothureau C. (2004) Professional and medical outcomes for French train drivers after "person under train" accidents: three year follow up study. *Occup Environ Med* 61 Pág. 488/93
5. Leibovich de Figueroa N, Shufer M. (2002) *El malestar y su evaluación en diferentes contextos*. Buenos Aires: Eudeba.
6. Lobo A, Muñoz P. (1996) “Cuestionario de salud general – Guía para el usuario de las distintas versiones”. Barcelona: Masson.
7. Neffa JC. (1990) *El proceso de trabajo y la economía de tiempo*, Buenos Aires ED. Hvmánitas.
8. Sauter S, Murphy L, Hurrell J, Levi L. (1999) “Factores psicosociales y de Organización” en *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo*. OIT, Ginebra.
9. Schmidt V, Leibovich de Figueroa N, Shufer M, Gonzalez M, Marconi A. (2003) *Inventario de estrés ocupacional (OSI) La muestra Argentina*. Buenos Aires: CEP.

Nota: deseamos agradecer a los actores involuntarios de esta problemática (conductores) quienes nos aportaron la información que dio origen a este trabajo y a las Lic. Marconi y Lic. Gonzalez quienes participaron en esta investigación.

Unidad de Psicogeriatría de un Hospital General

Análisis descriptivo de la evaluación, diagnóstico y tratamiento de las consultas ambulatorias

Hugo Pisa

Médico Especialista en Psiquiatría. Miembro del equipo de Psicogeriatría. Servicio de Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires.

Mariana Pedace

Lic. en Psicología. Miembro del equipo de Psicogeriatría. Servicio de Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires.

Martín Ruiz

Médico Especialista en Psiquiatría. Coordinador Sala de Internación. Servicio de Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires.

Carolina Vairo

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

Carlos Finkelsztein

Médico Especialista en Psiquiatría. Jefe del Servicio de Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires.

Alfredo Job

Médico Especialista en Psiquiatría. Sub-Jefe del Servicio de Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires.

Daniel Matusevich

Médico Especialista en Psiquiatría. Coordinador del equipo de Psicogeriatría. Servicio de Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires. Gallo 1543 PB "C" (1425). Tel: 4822-3218. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Mail: dmatusevich@ciudad.com.ar

Introducción

El envejecimiento es un nuevo fenómeno demográfico, relacionado con el desarrollo económico, sanitario, social y cultural de un pueblo(11). Según datos del INDEC del censo del 2001 la población total mayor de 65 años en Argentina es de 3.587.620, siendo en Capital Federal de 478.445 (13,3%); a su vez entre los años 1950 y 2000, la población total aumentó un 116%. En los mayores de 65 años el aumento fue de un 398% y en los mayores de 80 años un 682%(3).

El descenso de la mortalidad en edades avanzadas y el alargamiento del promedio de vida aumentan la proporción de ancianos dentro del total de la población. Este hecho obliga a plantearnos el problema desde perspectivas políticas, sanitarias, sociales y económicas, y nos compromete a generar una propuesta que incluya todas estas variables.

El envejecimiento poblacional, que tiene su correlato en un aumento de patología psiquiátrica en personas mayores de 65 años, ha dado origen a la psicogeriatría como subespecialidad(14, 15, 24).

Resumen

Objetivo: determinar la frecuencia de distintas variables epidemiológicas de 200 pacientes mayores de 65 años que consultaron ambulatoriamente en la unidad de psicogeriatría del servicio de psiquiatría del Hospital Italiano de Bs As (HIBA). **Método:** Se realizó un cuestionario que era completado tanto por el paciente (o su familiar) como por el profesional. **Resultados:** El 83% fueron mujeres y el 17% hombres. Los diagnósticos más importantes fueron trastornos depresivos (34%), trastornos adaptativos (28%) y demencias (16%). Y dentro de estos el trastorno depresivo mayor y la demencia tipo Alzheimer. Se le administró una evaluación neuropsicológica sólo al 31% total de los pacientes. Los tratamientos indicados fueron psicoterapia el 18%, tratamiento farmacológico el 39%, taller de memoria el 18% y tratamiento combinado el 25%. **Conclusión:** Este trabajo aportó datos en relación a la población mayor de 65 años que requirió atención psicogeriátrica ambulatoria, lo que permite organizar la asistencia a la medida de la población que concurre teniendo en cuenta a los factores socio-culturales y económicos implicados.

Palabras clave: Demencia – Psicogeriatría – Vejez – Paciente ambulatorio

PSYCHOGERIATRIC UNIT WITHIN A GENERAL HOSPITAL. DESCRIPTIVE ANALYSIS OF OUTPATIENT ASSESSMENT, DIAGNOSIS AND TREATMENT

Summary

Objective: to assess the frequency of some epidemiological variables in 200 patients over 65 years old that came to admission as outpatients in the psychogeriatric area in the psychiatric unit at the Hospital Italiano in Buenos Aires, Argentina. **Method:** a specific questionnaire was completed by both patient (or relative) and the physician. **Results:** 83% were female and 17% male. The most important diagnosis were depressive disorder (34%), adaptive upheavals (28%) and dementia (16%), within this group, major depressive disorder and Alzheimer dementia. Only a 31% patients went under a neuropsychological assessment psychotherapy was indicated to 18% of the patients, pharmacology for 39%, memory improvement group for 18% and combined treatment for 25%. **Conclusion:** This paper brings data regarding outpatients over 65 years old with psychogeriatric treatment. This may improve the health system in psychogeriatric area taking into account socio-cultural and economic factors.

Key words: Dementia – Psychogeriatry – Elderly – Outpatient

Un obstáculo para el desarrollo de mejoras en la atención de los servicios de psiquiatría encargados de la atención de ancianos está dado por la falta de elementos formales de evaluación (13, 14).

A pesar de la advertencia de Sir Martin Cole, quien en 1988 manifestó que "Los equipos de psicogeriatría deben ser diseñados a la medida de los ancianos hacia a los cuales van dirigidos" (9), solamente Holanda, Inglaterra, Suiza y los EE.UU. poseen atención psicogeriatría sistematizada a lo largo de todo el país (26).

Consideramos que la organización de la atención psicogeriatría constituye un desafío que es necesario enfrentar, para lo cual es de gran importancia caracterizar la población hacia la cual está destinada la atención médica.

En Argentina la dificultad de diseñar programas en esta población se evidencia por la falta de datos epidemiológicos respecto a la atención psiquiátrica ambulatoria de la población anciana; esto se ve reflejado en la dificultad a la hora de diseñar programas para esta población.

Objetivo

Analizar las siguientes variables: sexo, diagnóstico, evaluación neuropsicológica y tipo de tratamiento en los pacientes mayores de 65 años que consultaron en la unidad de psicogeriatría del servicio de psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA).

Población y Muestra

El siguiente estudio se realizó en una población de pacientes mayores de 65 años que consultaron ambulatoriamente en la Unidad de Psicogeriatría del Servicio de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires desde el 1° de enero de 2005 hasta el 31 de diciembre de 2005.

En esta Unidad consultan pacientes afiliados al sistema prepago del Plan de Salud del Hospital Italiano pertenecientes al Plan Mayor, que cuenta con 23898 socios activos. Además consultan pacientes de otros sistemas de salud, de características similares; pertenecen a la clase social media y media alta y viven en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en el Conurbano Bonaerense.

Durante el año 2005 consultaron ambulatoriamente 887 pacientes mayores de 65 años. Para ser incluidos en el estudio los pacientes debían ser mayores de 65 años y aceptar bajo consentimiento informado la participación en el estudio. Se incluyeron todas las planillas de datos que tuvieran por lo menos el diagnóstico del paciente. Para obtener la muestra se realizó un procedimiento aleatorio donde se incluían en el estudio uno de cada cuatro formularios en forma correlativa, hasta completar la muestra de 200.

Para el análisis estadístico se incluyeron 200 pacientes, de los cuales el 17% (n=34) fueron hombres y el 83% (n=166) mujeres. La edad promedio fue de 73 ± 8,66 años (mínimo 65 y máximo 94 años).

Material y Métodos

El siguiente es un estudio de cuantificación, prospectivo, observacional y transversal.

Los datos de los pacientes se volcaron en Cuestionarios de Admisión confeccionados *ad hoc*. La utilización de los mismos comenzó sistemáticamente a partir del 1 de enero de 2005, aplicándose a todo paciente que consultaba por primera vez en la Unidad de psicogeriatría con el objetivo de obtener distintos datos que consideramos relevantes para conocer a nuestra población de pacientes; dicho cuestionario debía ser contestado por el paciente y/o familiar cuando solicitaba el turno de admisión en la unidad de psicogeriatría del departamento de psiquiatría.

Las variables que se consignaron fueron:

- A. nombre y apellido
- B. sexo: femenino o masculino
- C. edad: años de vida
- D. nacionalidad: argentina, italiana, española, húngara, polaca, francesa, otra
- E. estado civil: casado/a, soltero/a, viudo/a, divorciado/a, concubino/a
- F. grupo de convivencia: solo/a, familiar/es, cónyuge, cuidador, pareja
- G. nivel de estudios alcanzado: primario, secundario, terciario, universitario indicando en cada caso si fueron completos o incompletos
- H. actividad: que incluye desde laborales hasta recreativas (podía marcarse más de una): ninguna, tareas domésticas, oficio, comerciante, empresario, profesional, actividad *Ad Honorem*, cuidador no familiar, cuidador familiar, artísticas, esparcimiento, cuidado de nietos, deportes, otros
- I. sostén económico principal: jubilación, pensión, ayuda de un familiar, renta, trabajo, ninguno
- J. religión: ateo, católico, judío, protestante, otras

El formulario contaba con un apartado "exclusivo para profesionales" señalado en la misma planilla que era completada por el terapeuta o médico a cargo del paciente, donde se consignaban:

- A. diagnóstico de Eje I y II de acuerdo al DSM IV
- B. estudios complementarios solicitados: evaluación neuropsicológica, psicodiagnóstico, estudios neurológicos. Con respecto a la evaluación neuropsicológica debía completarse el perfil, compatible con un funcionamiento cognitivo normal para la edad, con un Trastorno cognitivo no especificado (diagnóstico del DSM IV tomado, que incluye entre otros el "deterioro cognitivo leve", de acuerdo a los criterios de Petersen y cols. (25)), con trastorno cognitivo asociado a un cuadro psiquiátrico, o con una demencia, que figuraban en la conclusión de la evaluación neuropsicológica.
- C. tipo de tratamiento: Tratamiento farmacológico (sí/no, droga y dosis), Psicoterapia (modalidad: individual o grupal, tipo: psicodinámica, de apoyo, cognitiva, sistémica, otra), frecuencia (semanal, quincenal), Taller de memoria (sí/no, individual o grupal, de qué grupo participaban, número de sesiones).

Para este trabajo se tendrán en cuenta únicamente las variables correspondientes al sexo, diagnóstico, estudios complementarios y tipo de tratamiento.

Análisis estadístico

Los datos fueron volcados a una base de datos generada en el programa Access incluido en Microsoft Office. Los datos obtenidos se analizaron por un sistema de consultas y filtros que brinda el programa para combi-

Tabla 1
Distribución de diagnósticos

Diagnóstico	N	Porcentaje (%)	IC 95%
Trastornos Depresivos			
Trastorno Depresivo Mayor	32	34	0,1940 ± 0,0280
Duelo	12		
Trastorno Distímico	7		
Trastorno Depresivo No Espec.	17		
Trastorno Adaptativo	56	28	0,1771 ± 0,0270
Demencias	48	24	0,1558 ± 0,0269
Alzheimer	17		
Vascular	6		
No Especificada	8		
Parkinson	1		
Trastornos Cognitivos No Especificados	16		
Trastornos de Ansiedad	14	7	0,0599 ± 0,0168
Trastorno Bipolar II	4	2	0,0156 ± 0,0088
Otros	10	5	0,0130 ± 0,0080
TOTAL	200	100	

nar las diferentes tablas, luego se utilizó una planilla de cálculo del programa Excel Microsoft 2000 (versión 9.0.2812) y fueron analizados empleando el paquete estadístico de EpiInfo 2000 versión 1.1.2 (CDC y OMS). Para todas las variables se estableció la distribución de frecuencias y/o los porcentajes en relación con el total de casos; el análisis estadístico consistió en un análisis cuantitativo a partir de la determinación de medidas de tendencia central y dispersión, obteniéndose proporciones, medias aritméticas, rangos, medianas, desvío estándar según correspondiera para cada variable estudiada. Para el análisis de intervalos de confianza se utilizó el programa Smith Statistical Package (v. 2.80, 2005)

Resultados

Se analizaron los datos correspondientes a 200 pacientes que concurrieron a la unidad de psicogeriatría del servicio de psiquiatría del Hospital Italiano durante el año 2005.

El 83% (n=166) fueron mujeres y el 17% (n=34) hombres.

En relación a la distribución de los diagnósticos en la muestra el 34% (n=68) fueron trastornos depresivos, el 28% (n=56) trastornos adaptativos, el 16% (n=32) demencias, el 8% (n=16) trastornos cognitivos no especificados, el 5% (n=14) trastornos de ansiedad, el 2% (n=4) trastorno bipolar II y el 3% (n=10) problemas paternos-filiales, conyugales, entre hermanos o no especificados (ver Tabla I).

Considerando sólo los diagnósticos que se presentan con sintomatología de la serie depresiva, el 47% (n=32) fueron trastorno depresivo mayor, el 18% (n=12) duelo, el 10% (n=7) trastorno distímico y el 25% (n=17) trastorno depresivo no especificado.

En relación al total de diagnósticos con presencia de deterioro cognitivo, el 37% (n=17) presentó el diagnóstico de demencia tipo Alzheimer, el 12% (n=6) demencia vascular, el 16% (n=8) demencia no especificada, el 2% (n=1) demencia por Parkinson, por último el 33% (n=16) recibió el diagnóstico de trastorno cognitivo no especificado (T.C.N.E).

Se le administró una evaluación neuropsicológica al 31% (n=62) del total de los pacientes, dando como resultado los siguientes perfiles cognitivos, el 36% (n=22) demencia, el 37% (n=23) trastorno depresivo con compromiso atencional y/o ejecutivo, el 18% (n=11) T.C. N.E, siendo el 9% (n=6) normal (ver Tabla II).

Con respecto al grupo de pacientes a los que se les indicó tratamiento, realizaron psicoterapia el 18% (n=37), tratamiento farmacológico el 39% (n=78) y taller de memoria el 18% (n=35), presentando un 25% (n=50) un tratamiento combinado, constituido por psicoterapia y tratamiento farmacológico (ver Tabla III).

En relación a la modalidad de psicoterapia un 74% (n=64) realizó psicoterapia de apoyo, el 15% (n=13) cognitiva y el 11% (n=10) tratamiento psicoanalítico.

De las medicaciones indicadas en pacientes con demencias, dentro del grupo de los anticolinesterásicos, el 53% (n=17) recibió galantamina, el 12% (n=4) donepencilo y el 6% (n=2) rivastigmina. De los antipsicóticos el

Tabla 2
Evaluación Neuropsicológica

Resultado	N	Porcentaje (%)	IC 95%
Demencia	22	36	0,3207 ± 0,0372
Trastorno depresivo con compromiso atencional y/o ejecutivo	23	37	0,1322 ± 0,0270
TCNE	11	18	0,1091 ± 0,0248
Normal	6	9	0,0760 ± 0,0211
TOTAL	62	100	

más utilizado fue la risperidona en un 47% (n=15), seguido de olanzapina en un 6% (n=2). Por último los antidepresivos que más se indicaron fueron los agrupados dentro del grupo de los IRSS; recibieron paroxetina el 12% (n=4), fluoxetina 12% (n=4), citalopram 41% (n=13).

Discusión

La falta de información que muestra la literatura respecto a la atención ambulatoria psicogeriatría en nuestro país no nos permitió comparar los datos obtenidos en nuestro estudio.

En relación a las variables analizadas, este trabajo muestra lo que tradicionalmente se conoce, es decir una mayor prevalencia de consultas en personas del sexo femenino; para este hecho se pueden ensayar explicaciones biológicas, sociológicas, psicológicas o antropológicas, pero ninguna cuenta con el respaldo suficiente como para avalar los datos empíricos(33).

La edad promedio fue de 73 ± 8,66 años (mínimo 65 y máximo 94 años), esto probablemente se deba a la presencia del Plan Mayor dentro de la prepaga del Hospital que permite el acceso a la atención médica a los mayores de 65 años. A su vez hay que tener en

cuenta que Argentina cuenta con una de la poblaciones más envejecidas de América Latina, con una expectativa de vida al nacer de 73,9 años (Banco Mundial, 2002).

Estos datos contrastan con estudios que manifiestan que existe una escasa utilización de los servicios de salud mental por parte de la población mayor de 65 años, debido a que solicitarían ayuda a los médicos generales y por otro lado presentarían por lo general un escaso soporte social, dificultades para la accesibilidad y una baja adherencia a los tratamientos(2, 15, 18, 31).

Contrariamente, Lebowitz y cols. marcan un incremento de la utilización de los servicios de psicogeriatría, debido a la presencia de unidades especializadas, programas que incluyen a la gente mayor y personal entrenado para la atención(20).

Nuestro trabajo evidenció una mayor prevalencia de trastornos depresivos y cognitivos; la depresión constituye el trastorno psiquiátrico más habitual entre la población anciana dada su frecuencia tanto en pacientes con demencia como en la población anciana en general. Los estudios epidemiológicos han dado a menudo cifras muy dispares de incidencia y prevalencia que oscilan entre el 8,8 al 23,6% lo que dificulta llegar a conclusiones sobre cuáles son las cifras reales de la preva-

Tabla 3
Tipos de tratamiento

Tratamiento	N	Porcentaje (%)	IC 95%
Tratamiento Psicoterapéutico	37	18	0,5323 ± 0,0355
Tratamiento Psicofarmacológico	78	39	0,2552 ± 0,0675
Taller de Memoria	35	18	0,1343 ± 0,0265
Combinado	50	25	0,0360 ± 0,0144
TOTAL	200	100	

lencia e incidencia de esta enfermedad mental en el anciano(1, 7, 22).

Teitelbaum y cols., hallaron lo contrario en un estudio sobre la consulta psicogeriatrica; sobre un total de 67 pacientes, encontraron una mayor prevalencia de demencia (54%) que de depresión (22%)(30).

Considerando sólo los cuadros incluidos dentro del espectro depresivo, creemos que merece una mención especial el *duelo* que ocupó el segundo lugar, ya que la pérdida de personas cercanas son acontecimientos que suceden con más frecuencia en la vejez que en ningún otro grupo etario. Es considerado una reacción universal y por lo tanto y en condiciones normales, no es un trastorno psiquiátrico, pero muchas situaciones de duelo pueden estar asociadas a sintomatología depresiva(1).

La primera cuestión según Zisook y Schuchter es diferenciar entre el duelo y el desarrollo de una enfermedad depresiva(8, 34); otro punto importante a tener en cuenta es el duelo como factor de riesgo suicida en ancianos/as viudos/as(21).

La prevalencia del síndrome demencial fue mayor en nuestro trabajo (16%) en relación a la publicada en la población mayor de 65 años que es del 5-10%(21). Pero Hendrie y cols. encontraron que éste puede incrementarse al 68% si se tiene en cuenta a la población de una residencia geriátrica(17).

Tomando en cuenta el total de los diagnósticos que se presentaron con deterioro cognitivo, el de mayor prevalencia fue la demencia de tipo Alzheimer. Estos hallazgos coinciden con los datos a nivel mundial que ubican a esta enfermedad en primer lugar (48-66%) seguida por las de origen vascular (14-21,8%)(16, 22).

De los resultados obtenidos consideramos relevante al diagnóstico de deterioro cognitivo leve, ya que presenta una tasa de conversión a demencia de 10-12% anual(1, 12). También es necesario destacar a lo que podríamos denominar la interfase depresión-demencia, cuya presencia produce un aumento significativo en cuanto al desarrollo posterior de un cuadro demencial(4).

Se le administró una *evaluación neuropsicológica* sólo al 31% de los pacientes; esto se debe a que previamente al pedido de la evaluación el paciente es entrevistado por un psiquiatra especialista quién puede indicarla o no (así como también RMN y estudios hematológicos específicos). Este hecho constituye un punto muy importante debido a que los recursos con los que se cuenta para la atención psicogeriatrica son escasos por lo que seleccionar a qué pacientes se debería evaluar y a cuáles no es fundamental. Debemos considerar que el 60% de los pacientes mayores de 70 años que consultan por olvidos presentan resultados normales en los test neuropsicológicos, mientras que del 40% restante, el 20% se debe a depresión o ansiedad y el 20% restante a demencia(3).

Con respecto a los tratamientos indicados, en primer lugar se encuentra y coincidiendo con la literatura el tratamiento farmacológico(30), seguido por la psicoterapia (sobre todo la terapia de apoyo) y por el tratamiento combinado constituido por la psicoterapia y fármacos.

Con respecto a la psicoterapia se acepta de manera "*natural*" que los pacientes geriátricos no son susceptibles de tratamientos de este tipo y existe una creencia falsa de que ésta sea menos eficaz en la vejez. Por

otro lado los estudios publicados sobre la utilidad de la psicoterapia en esta etapa de la vida son escasos(1, 28, 32).

Vale la pena destacar la indicación del taller de la memoria que constituye una modalidad de tratamiento no farmacológico sumamente importante para las personas con alteraciones cognitivas ya que interviene en la rehabilitación de diferentes áreas: orientación, atención, lenguaje, habilidades visuoespaciales, funciones ejecutivas, memoria, percepción, comprensión, planificación y solución de problemas(1). Además constituye un ámbito de encuentro para personas con problemas similares propiciando la interacción.

Dentro de los fármacos utilizados para el tratamiento de las demencias se encuentran los anticolinesterásicos, cuya utilidad es avalada por diversos estudios(10). Pero últimamente la utilidad clínica del donepecilo ha sido puesta en duda en el estudio de Blacker, donde compara a éste con la vitamina E en los pacientes con deterioro cognitivo leve(5).

De las medicaciones indicadas para los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia, el antipsicótico más utilizado es la risperidona; a pesar de la advertencia que emitió la FDA (*Food and Drug Administration*) en relación a su uso en el anciano, debido a que aumentaría el riesgo de accidentes cerebrovasculares, es el que más estudios posee en relación a su eficacia, seguida por la olanzapina(6, 10,19).

Por último los antidepresivos que más se indican son los agrupados dentro del grupo de los IRSS(23, 27, 29). Y de éstos el que tradicionalmente se prefiere es el citalopram, que por sus características farmacocinéticas es el que menos interacciones posee, situación que debe ser tenida en cuenta debido a que en esta población es frecuente encontrar una polifarmacia.

A modo de cierre

Si bien este trabajo aportó datos en relación a la población mayor de 65 años que requirió asistencia psicogeriatrica ambulatoria, la misma fue a partir de una población que concurre a un hospital privado, por lo que probablemente algunos resultados sean difícilmente extrapolables a la población general.

De todas formas y sobre la base de los resultados obtenidos creemos que si bien no hay una manera ideal de brindar la atención, es útil la realización de estudios relacionados a la población psicogeriatrica, porque permite organizar la asistencia a la medida de la población que concurre teniendo en cuenta a los factores socio-culturales y económicos implicados.

Por otro lado consideramos que este tipo de trabajos pueden constituir un punto de partida que nos permita aproximarnos al consenso de atención psicogeriatrica que fue realizado en el año 1997 y aprobado por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Mundial de Psiquiatría. El mismo provee tanto un modelo para la práctica como lo necesario para llevar a cabo la mejor atención psicogeriatrica teniendo en cuenta el lugar donde ésta se lleva a cabo(14).

Por último consideramos que son necesarios nuevos estudios que abarquen las demás variables consignadas en el cuestionario ■

Referencias bibliográficas

1. Agüera Ortiz L, Carrasco MM, Cervilla Ballesteros J. *Psiquiatría Geriátrica*. Barcelona. Ed. Masson, 2002.
2. Aupperle P, Lifchus R, Coine A. Past Utilization of Geriatric Psychiatry Outpatient Services by a Cohort of Patients With Major Depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 1998; 6: 335-339.
3. Bagnati P, Allegri R, Kremer J, Taragano F. *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Buenos Aires. Ed. Polemos, 2003.
4. Ballard C. y cols. The prevalence, associations and symptoms of depression amongst dementia sufferers. *J. Affect Dis* 1996; 36: 135-144.
5. Blacker D. Mild Cognitive Impairment — No Benefit from Vitamin E, Little from Donepezil. *N Engl J Med* 2005; 10: 1-3.
6. Brodaty H, Ames D, Snowdon J. et al. A randomized placebo-controlled trial of risperidone for the treatment of aggression, agitation, and psychosis of dementia. *J Clin Psychiatry* 2003;64:134-43
7. Burvill PW, Hall WD, Stampfer HG. y cols. The prognosis of depression in old age. *Br. J. Psychiatry* 1991; 158: 64-71.
8. Byrne GJA, Raphael B. Longitudinal study of bereavement phenomena in recently widowed elderly men. *Psychol. Med.* 1994; 24: 411-421.
9. Cole MG. Evaluation of psychogeriatric services. *Can. J. Psychiatry*, 1988; 33: 57-58.
10. Copeland JRM, Beekman ATF, Dewey ME. y cols. Depression in Europe. Geographical distribution among older people. *Br. J. Psychiatry* 1999; 174: 312-321.
11. Cummings J. Alzheimer's Disease. *N Engl J Med* 2004; 351: 56-67.
12. De la Serna de Pedro I. *Manual de psicogeriatría clínica*. Barcelona. Ed Masson, 2000.
13. Devanand DV, Folz M, Gorlyn M. y cols. Questionable dementia: clinical course and predictors of outcome. *J. Am. Geriatr Soc.* 1997; 45: 321-328.
14. Draper B. The effectiveness of old age psychiatry services. *Int. J. Geriatr Psychiatry*. 2000; 15: 687-703.
15. Draper B. Melding P. Brodaty H. *Psychogeriatric service delivery: an international perspective*. New York. Ed Oxford University Press, 2005.
16. German PS, Shapiro S, Skinner EA. Mental health of elderly: use of health and mental health services. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1985; 32: 246-252.
17. Hendrie HC. Epidemiology of dementia and Alzheimer's disease. *Am. J. Geriatr. Psychiatry* 1998; 6: 3-18.
18. Hendrie HC, Osuntokun BO, Hall KS. y cols. Prevalence of Alzheimer's disease in two communities: Nigerian Africans and African Americans. *Am. J. Psychiatry* 1995; 152: 1485-1492.
19. Howard KI, Cornille TA, Lyons JS. et al: Patterns of mental health service utilization. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53:696-703.
20. Katz IR, Jeste DV, Mintzer JE, Clyde C, Napolitano J, Brecher M. Comparison of risperidone and placebo for psychosis and behavioral disturbances associated with dementia: a randomized, double-blind trial. *J Clin Psychiatry* 1999;60:107-15.
21. Lebowitz B. Correlates of success in community mental health programs for the elderly. *Hosp Community Psychiatry* 1988; 39:721-722.
22. Li G. The interaction effect of bereavement and sex on the risk of suicide in the elderly: an historical cohort study. *Soc. Sci. Med.* 1995; 40: 825-828.
23. Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, De la Cámara C. y cols. The prevalence of dementia and depression in the elderly community in a southern European population. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 497-506.
24. Lyketsos C, Sheppard J-M, Steele CD. et al. Randomized, placebo-controlled, double-blind clinical trial of sertraline in the treatment of depression complicating Alzheimer's disease: initial results from the Depression in Alzheimer's Disease study. *Am J Psychiatry* 2000;157:1686-9.
25. Olfson M, Marcus SC, Pincus HA. Trends in office-based psychiatric practice. *Am. J. Psychiat.* 1999; 156: 451-457.
26. Petersen R, Smith G, Waring S, Ivnik R. et al. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Arch Neurol.* 1999; 56: 303-8.
27. Reifler BV, Cohen W. Practice of geriatric psychiatry and mental health services for the elderly: results of an international survey. *Int.Psychogeriatr.*, 1998; 10: 351-357.
28. Roose S, Sackeim H, Krishnan K, Pollock B, Alexopoulos G, Lavretsky H, Katz I, Hakkarainen H. Antidepressant Pharmacotherapy in the Treatment of Depression in the Very Old: A Randomized, Placebo-Controlled Trial. *Am J Psychiatry* 2004; 161:2050-2059.
29. Salvarezza L. "Psicoterapia en la vejez". En: *Psicogeriatría. Teoría y Clínica*. Bs As. Paidós, 1988.
30. Taragano F, Lyketsos C, Mangone CA, Allegri RF, Comesana-Díaz E. A doubleblind, randomized, fixed-dose trial of fluoxetine vs. amitriptyline in the treatment of major depression complicating Alzheimer's disease. *Psychosomatics* 1997;38:246-52.
31. Teitelbaum L, Cotton D, Ginsburg ML, Nashed YH. Psychogeriatric consultation services: effect and effectiveness. *Can J Psychiatry*. 1996; 41: 638-44.
32. Waxman HM, Carner EA, Klein M. Underutilization of mental health professionals by community elderly. *Gerontologist* 1984; 24:23-30.
33. Weiss LJ, Lazarus LW. Psychosocial treatment of geropsychiatric patient. *Int J Geriatr Psychiatry* 1993; 8: 95-100.
34. Winkler D., Pjrek E., Heiden A., Wiesegger G., Klein N., Konstantinidis A, Kasper S. Gender differences in the psychopathology of depressed inpatients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2004; 254 : 209-214.
35. Zisook S, Schuchter SR. Uncomplicated bereavement. *J. Clin. Psychiatr.* 1993; 54: 365-372.



Tratamientos combinados

Coordinadores:

Gustavo Lipovetzky y Martín Agrest

Las diferentes modalidades de tratamiento combinado dentro del territorio de la salud mental son la expresión de la gran diversidad de herramientas clínicas y de profesionales albergados por dicho campo multidisciplinario. Es posible encontrar de manera asociada abordajes farmacológicos con variadas formas de psicoterapia (individual, grupal, familiar, vincular o de pareja), con el acompañamiento terapéutico, la terapia ocupacional, la musicoterapia, la psicoeducación u otras formas de intervención. Cada una de estas modalidades terapéuticas puede combinarse con una o varias de las otras. Cualquiera de estas asociaciones bien podría llevar el nombre de "tratamiento combinado", aludiendo al encuentro de diferentes disciplinas o herramientas del campo de la salud mental para ayudar a un paciente. Por lo tanto, el tratamiento combinado puede ser entendido como el producto directo del trabajo interdisciplinario.

Sin embargo, esta denominación también alcanza a la utilización racional y consensuada de diferentes medicamentos psicotrópicos en forma simultánea, produciendo una combinación de tratamientos del mismo tipo –puramente farmacológicos– sin llegar a constituir interdisciplina alguna.

En general, la literatura especializada se refiere a los "tratamientos combinados" (bimodales o bifocales) como la asociación específica de farmacoterapia y psicoterapia. Podría considerarse que esta sinécdoque, que toma una parte de los tratamientos combinados como si fueran todos los posibles, pone de relieve cierto privilegio (tal vez no del todo justificado) de estos abordajes por sobre el resto. El presente Dossier recorta esta forma de combinación de otras, potenciales, y del resto del trabajo interdisciplinario –del que Vertex se ha ocupado en otras oportunidades– (Vertex 26: Enlaces: Psiquiatría, psicoanálisis, Salud Mental; Vertex 27: Multidisciplina; Vertex 30: El Sector Salud Mental; Vertex, Suplemento I de 1994: Coloquio Psicoanálisis y Biología; Vertex 48: Encuentros, Psiquiatría y otras especialidades).

En torno a la noción de "tratamientos combinados" es posible hallar una familia de conceptos interrelacionados, con semejanzas y diferencias, cada uno abordando aspectos parciales del trabajo interdisciplinario en salud mental. Mientras que los tratamientos combinados ponen bajo la lupa que pueden coexistir intervenciones farmacológicas y psicológicas, nada dicen acerca de si se encuentran concentrados en la sola persona del psi-

quiatra (en cuyo caso se suele hablar de "tratamientos integrados") o si están separados en manos de dos profesionales. En este último caso, el adjetivo neutro que puede designar que un paciente recibe dos tratamientos de dos personas diferentes no termina de consensuarse en la literatura. En la clínica cotidiana se habla comúnmente de "paciente compartido" y, algunas veces, tratando de buscar un término que no califique negativa o positivamente la separación, se produce un deslizamiento al término algo ambiguo de "tratamiento compartido"¹. Entonces, solemos encontrarnos con términos tales como "tratamientos divididos" ("split treatments") o "tratamientos paralelos" –que sugieren cierta separación o desarticulación potencialmente perjudicial para el paciente– o, por el contrario, "tratamientos en colaboración" ("collaborative treatments") –que sugiere una coherencia, articulación e integración benéfica para el paciente–.

A la luz de estas consideraciones, el presente Dossier reúne un conjunto de artículos que, desde perspectivas diferentes, intentan iluminar aspectos de una clínica que, si bien es harto frecuente, sigue ocupando un lugar marginal dentro

1. La ambigüedad del término "tratamiento compartido" es que si bien remite a un tratamiento entre dos profesionales también sirve para designar la "coterapia" según la cual dos profesionales atienden a un paciente en un mismo espacio y tiempo, llevando adelante un único tratamiento.

de la conceptualización, investigación y enseñanza en salud mental.

El trabajo de Lipovetzky y Agrest refleja las consecuencias clínicas de los encuentros y desencuentros entre psiquiatras y psicoterapeutas en el camino de lograr un verdadero tratamiento en colaboración.

El artículo de Chamorro examina las diferentes posiciones de los psiquiatras y los psicoanalistas en la articulación necesaria para llevar adelante este tipo de tratamientos.

En el reportaje a Fernando Ulloa, este psicoanalista enmarca el trabajo compartido entre psiquiatras y psicoterapeutas dentro de las características del trabajo interdisciplinario, examinando las condiciones de posibilidad de un encuentro del linaje médico con el psicoanalítico.

Fernando Torrente revisa la evidencia científica para combinar los tratamientos farmacológicos y psicológicos.

Mónica Chan se interroga si es posible una coexistencia pacífica en la convivencia entre psiquiatras y psicoterapeutas en el curso de tratamientos bifocales.

Hugo Hirsch reflexiona en torno a la utilización de los psicofármacos como parte de la psicoterapia.

Para terminar, Feijóo, Gallegos y Selva presentan el trabajo del psicoanalista en el seno del equipo interdisciplinario para el tratamiento de pacientes con trastornos de la alimentación en el marco de un hospital público ■

Aspectos clínicos de los tratamientos en colaboración entre psiquiatras y psicoterapeutas

Gustavo Lipovetzky

*Médico psiquiatra. Miembro del Capítulo de Psicofarmacología de APSA.
E-mail: glipo@fibertel.com.ar - Pereyra Lucena 2552, 4 A (1425) Ciudad de Buenos Aires. Tel. 4801-4969*

Martín Agrest

*Psicólogo clínico. Master en Administración de Servicios y Sistemas de Salud.
E-mail: magrest@fibertel.com.ar - Gurruchaga 2463, 1 B (1425) Ciudad de Buenos Aires*

Introducción

El abordaje de pacientes que reciben en forma combinada medicación psicofarmacológica y atención de parte de un psicoterapeuta parece ser un fenómeno creciente en el medio local así como lo es en otras latitudes(26, 27). En ocasiones, estos tratamientos llamados “combinados”, “duales”, “bifocales” o “bimodales” están en manos de un solo profesional¹ y en otras circunstancias permanecen separados. En este último caso, mientras que un profesional se encarga de la psicoterapia, puede darse que los psicofármacos sean prescritos por un médico no especializado en psiquiatría (un clínico u otro especialista) o por un psiquiatra. Este se encargará, entonces, de la prescripción farmacológica en el seno de un abordaje psiquiátrico potencialmente más integral –que es mucho más que la administración de un fármaco y que determina que estemos frente a una combinación que es más que la suma de medicación y psicoterapia². En algunas oportunidades, los tratamientos compartidos por un psiquiatra y un psicote-

rapeuta evolucionan hacia un trabajo en colaboración, lo cual incluye tanto la compleja labor de ambos profesionales así como también una particular forma de relación –de colaboración– de cada uno con la actividad que desarrolla el otro miembro del equipo terapéutico. En otras ocasiones, el trabajo combinado y “repartido”, aun en manos de profesionales competentes, sigue el curso de un trabajo dividido(15, 16) o paralelo(32) y la colaboración brilla por su ausencia o puede tornarse elusiva.

El trabajo en colaboración entre psicoterapeutas y psiquiatras no es nuevo: ya por 1947 Frida Fromm-Reichmann proponía que los pacientes internados, para no entorpecer la labor analítica, debían tener simultáneamente un terapeuta psicoanalista y otro “administrador” (de los aspectos del tratamiento ligados a las internaciones y de los medicamentos)(14). Hasta la década del '80 nuestro país seguía estos lineamientos en la gran mayoría de los centros asistenciales de salud mental, privilegiando al psicoanálisis por sobre cualquier otra forma de intervención. Pero en las últimas dos dé-

1. En Argentina sólo un psiquiatra puede hacer ambos trabajos aunque hay estados de los EE.UU. en los que también los psicólogos pueden llegar a integrarlos

2. Cabe aclarar que consideramos que, en algunas circunstancias, un clínico puede (y hasta debe) prescribir un psicofármaco como parte de un abordaje integral de la salud del paciente

e, inclusive, trabajar en equipo con el psicoterapeuta. Sería parte de otro trabajo analizar las características y consecuencias del trabajo interdisciplinario entre un clínico y un psicoterapeuta y la comparación con el que realizan un psiquiatra y un psicoterapeuta.

Resumen

El presente trabajo analiza la combinación de tratamientos psiquiátricos y psicológicos, explorando las variables clínicas que determinan que los tratamientos sean divididos o en colaboración. Se realiza un recorrido histórico y de las determinaciones actuales para las formas de relación entre psiquiatras y psicoterapeutas que generalmente presentan numerosos puntos de tensión difíciles de resolver. Por medio de dos viñetas clínicas se plantea que la combinación de tratamientos excede a la suma de la medicación y la psicoterapia, para echar luz sobre la sutil y compleja labor de ambos profesionales y de su relación mutua.

Palabras clave: Tratamiento combinado – Tratamiento dividido – Tratamiento en colaboración – Relación psiquiatra-psicoterapeuta – Formación en psiquiatría

CLINICAL ASPECTS OF COLLABORATIVE TREATMENTS BETWEEN PSYCHIATRISTS AND PSYCHOTHERAPISTS

Summary

The present paper analysis the combination of psychiatric and psychological treatments, exploring the clinical aspects that turn them into split or collaborative treatments. A historical sketch is presented and the current state of the psychiatrist-psychotherapist relationship is depicted, putting special emphasis on the frequent causes of tension usually hard to resolve. Two case vignettes are put forward to shed light on how combined treatments are much more than a simple addition of medication and psychotherapy, including subtle and complex aspects of both professionals work and a particular relationship between them.

Key words: Combined treatment – Split treatment – Collaborative treatment – Psychiatrist psychotherapist relationship – Psychiatric education

cadras nuevas moléculas comenzaron a ofrecerse como alternativas para el tratamiento de padecimientos para los que antes solo existían abordajes psicoterapéuticos(20) o, directamente, viejas moléculas se propusieron como alternativa a –o complemento de– las psicoterapias(31), lanzando interesantes desafíos a quienes pretenden compartir los pacientes, muchas veces, sin compartir un esquema referencial.

Estos cambios han sido solidarios de una progresiva biologización de la psiquiatría(10), de una medicalización de la vida cotidiana misma(36) y de valores sociales decididamente volcados hacia la eficiencia, la rápida respuesta y el retorno presuroso a la actividad productiva, facilitándose la prescripción y aceptación de psicofármacos para paliar dolencias anímicas(22). Las formas actuales del trabajo combinado, por lo tanto, responden a recientes exigencias prácticas (tanto económicas como legales) y a un movimiento pendular según el cual, como sustento de una “intervención eficaz”, se entronizan las consideraciones teóricas biologistas(11). Probablemente, este panorama esté contribuyendo para que existan mayor cantidad de tratamientos en donde se combinan abordajes biológicos y verbales que sólo algunas veces, y por momentos, se transforman en verdaderos trabajos en colaboración.

Pese a que esta modalidad de tratamiento ha llegado a ser considerada como un tercer tipo de enfoque, diferente de los dos que lo componen cuando éstos se dan uno sin el otro, solo un puñado de profesionales de la salud mental de nuestro medio local se ha ocupado de ella. Entre otros, han publicado trabajos sobre la materia Stagnaro(30), Zieher(38), Epstein(12), Nazar(25), Tómente(32), Fernández Álvarez y otros(13), Saidón(28), Ulloa(34), Lipovetzky(24), y Graciela Jorge(19). Mientras los llamados “triángulos terapéuticos” –compuestos por pacientes, psiquiatras y psicoterapeutas(3)– ocupan una parte importante de la escena clínica, su conceptualización, enseñanza e investigación siguen siendo escasas.

Es habitual ver materiales clínicos que soslayan por completo, en el caso de los psiquiatras, si la mejoría clínica del paciente pudo tener algo que ver con intervenciones verbales de un psicoterapeuta o, en el caso de estos últimos, si los cambios observados pudieran deberse a alteraciones en los planes psicofarmacológicos o intervenciones de un psiquiatra. Del mismo modo, no son muchos los profesionales inmersos en tratamientos compartidos que contemplan, en el análisis de las evoluciones clínicas, los avatares en las relaciones del triángulo terapéutico.

Es relativamente frecuente encontrar trabajos sobre qué tipo de pacientes se benefician de tratamientos combinados (divididos o integrados en la sola persona del psiquiatra) y qué pacientes mejoran igualmente con uno solo de estos enfoques(18, 9). Generalmente estas recomendaciones se rigen por los diagnósticos, la gravedad del trastorno, los estresores externos, la expresión de las emociones en el seno familiar, etc. Es así que es posible hallar algoritmos para decidir cómo iniciar un tratamiento o la inclusión de formas complementarias o alternativas al tratamiento en curso(1).

Sin embargo, no debemos perder de vista que es tanto o más importante prestar atención a que los tratamientos combinados suelen tener sutiles y complejas consecuencias clínicas sobre los pacientes y otras tantas subjetivas sobre los profesionales.

Aun cuando, en algunas ocasiones, un psiquiatra puede integrar ambos abordajes y hacerse cargo tanto de la psicoterapia como de la farmacoterapia, no por ello se elimina el problema de la tensión entre dos abordajes que responden a teorías difíciles de articular(37).

Por más que las Neurociencias hayan hecho grandes aportes para superar la dicotomía mente-cerebro y hayan logrado demostrar con los métodos de la ciencia positivista que los abordajes verbales producen modificaciones cerebrales(23), o que nuestra práctica cotidiana enseñe que abordajes farmacológicos generan modificaciones a nivel de la subjetividad y el discurso, el trabajo clínico con los pacientes sigue siendo resistente a la instrumentación de un teoría totalmente monista.

Es así que la combinación de tratamientos (biológicos y verbales) debe entenderse como una puesta en acto de las teorías acerca de la relación mente-cerebro, aunque no necesariamente dé cuenta de una epistemología dualista(17). La existencia de un profesional que –supuestamente– sólo se ocupa del cerebro y las cuestiones objetivas del paciente, en tanto hay otro que –también, supuestamente– únicamente debe entenderse con las cuestiones de la mente, una división tan seductora como simplista, acarrea un desafío para conjugar una teoría biológica y otra humanista que responden a culturas originariamente enfrentadas(29, 7, 4, 21, 5). La psiquiatría y la psicoterapia (especialmente la psicoanalítica) responden a dos linajes opuestos(33) y “no sólo están situados en diferentes planos sino que dependen ambos de posiciones antropológicas y axiológicas fundamentalmente incompatibles en cuanto a la ética y práctica profesionales”(6). Pero la tensión que se produce es afrontable gracias a la inexistencia de linajes puros en tanto la psiquiatría puede y debe ocuparse de la subjetividad (sin limitarse a los cuidados, los consejos y las prescripciones) así como la clínica psicoanalítica también requiere hacerse cargo del cuidado del paciente (sin limitarse a la escucha y al desentrañamiento del discurso)(35).

En la práctica, las opciones para un tratamiento compartido son múltiples, tantos como puntos de desencuentro o tensión. ¿Quién decide la derivación para que se genere un tratamiento compartido? ¿Es por iniciativa del psiquiatra, del psicoterapeuta o de un “tercero” (un médico clínico, un admisor de una Obra Social o Empresa de Medicina Prepaga, el paciente mismo que busca por su cuenta un tratamiento suplementario, etc.)? ¿Por qué los psicoterapeutas deciden derivar a un paciente para iniciar un tratamiento farmacológico? ¿Se trata de una decisión o de una claudicación? ¿Cómo eligen al psiquiatra con quien trabajar? ¿Se trata de alguien que posea alguna afinidad conceptual o teórica, o es alguien cuya complementariedad pueda –al menos supuestamente– “no interferir” en el trabajo psicoterapéutico que ya realizan? ¿Se trata de alguien que podrá ayudar en el mejor desarrollo de la psicoterapia, alguien en quien depositar el riesgo legal y/o las urgencias que pueda presentar el paciente o un par con el cual pensar juntos los avatares de ese paciente? ¿Por qué un psiquiatra decide que un paciente requiere un espacio diferenciado de psicoterapia? ¿Cómo y con qué criterios elige un psicoterapeuta para su paciente? ¿Siempre deriva a los pacientes a psicoterapia –porque no suele practicar este tipo de abordaje terapéutico– o, en cambio, es algo infrecuente –porque suele concentrar en su persona el



abordaje biológico y verbal o porque suele tener por irrelevante el aporte de la psicoterapia?— ¿Cómo deben conceptualizarse las intervenciones verbales del psiquiatra cuando existe un espacio diferenciado de psicoterapia? ¿A qué altura del tratamiento se produce la derivación y con qué consecuencias para el vínculo con el paciente y para la teoría que compartían —o no— con el paciente acerca del padecimiento y su curación? ¿Cómo se maneja la comunicación entre los profesionales (con qué frecuencia, con qué miramiento por el secreto profesional y/o por un verdadero trabajo en colaboración)? ¿Quién, cómo y cuándo se inicia la conversación sobre el paciente? ¿En qué contexto se desarrolla esta tarea? ¿Es en el transcurso de una internación o en forma ambulatoria? ¿Es en el ámbito privado, semiprivado o público? ¿Comparten los profesionales el espacio institucional o pertenecen a espacios diferentes? ¿Posee alguno de los profesionales razones económicas para dividir los tratamientos? ¿Qué consecuencias trae para la relación entre los profesionales y para el paciente mismo la similitud o diferencia entre los honorarios abonados a uno y a otro? ¿La apertura del “otro espacio” está ligada a la patología del paciente, a su gravedad, y/o a elementos contextuales (familia, amigos, actividades, etc.)? ¿Tienen estrategias comunes o cada uno aplica la suya? ¿Qué diagnóstico maneja cada profesional? ¿Son iguales, articulables, complementarios o contradictorios?

Todas estas preguntas dan cuenta e introducen dife-

rencias insoslayables para comprender los avatares de los tratamientos compartidos en el sinuoso e intermitente camino de convertirse en un trabajo en colaboración.

El objetivo del presente trabajo es reseñar algunos momentos clínicos prototípicos que den cuenta de las vicisitudes de estos tratamientos y permitan desplegar algunos de estos interrogantes a fin de enriquecer nuestra capacidad de análisis de los complejos fenómenos que se producen en un *setting* terapéutico cada vez más frecuente.

Por lo tanto, esta no es una guía para saber derivar ni una suerte de disección de las patologías y circunstancias en las que se debe recurrir a tratamientos combinados sino, en todo caso, una pintura que permite iluminar algunos detalles que suelen pasar desapercibidos en la labor clínica cotidiana.

Para ello recurriremos a dos viñetas que alumbran una escena de encuentros y desencuentros que suelen olvidarse, escribirse en los márgenes, o despreciarse. No creemos que la combinación o la separación de tratamientos pueda ser una regla (“siempre es mejor que sobren tratamientos a que falten” o “siempre es preferible que sean dos los profesionales a que uno solo integre los abordajes”) pero en los casos en que existen dos o más profesionales en el campo no deben dejar de pensarse los profundos efectos de su yuxtaposición, adición, potenciación o neutralización.

Viñeta 1

El terapeuta de X llama a un psiquiatra pidiéndole que vea una paciente suya ya que desde hace 4 ó 5 semanas está con trastornos con el sueño y quisiera que le indique algo para que pueda dormir. Además –agrega– está angustiada y con ideas depresivas.

X llega puntualmente al consultorio del psiquiatra y sin que medie presentación se sienta en el sillón y comienza a hablar. “El problema que tengo con el sueño no me importa tanto como lo que me pasa antes de dar un examen. Usted no se imagina, usted no tiene idea... Se me paraliza el cuello. Esto me empieza a pasar una semana antes, luego tengo náuseas, vómitos, diarrea; me pongo muy sensible e irritable. En casa ya no me soportan más, me pasó durante toda la carrera, pero como siempre me va muy bien en el examen nadie me da bola. Estoy desesperada. Yo sé que estoy volviendo loco a todo el mundo con esto pero no se me pasa. Ya me dieron un montón de cosas para esto, sertralina, fluoxetina, clonazepam, alprazolam, propanolol, etc., y con ninguna tuve resultado.”

X es sorprendentemente baja: mide aproximadamente 1,50 mts. Tiene el cabello muy cortito y, a pesar de que es bonita, su rostro de “incomprendida” permanente le produce una mueca agria en su expresión, que no invita a un primer contacto de mediana afabilidad.

X tiene 29 años y se define de la siguiente forma: “me faltan tres materias para recibirme de abogada con un promedio brillante, vivo con mis padres y mis 2 hermanos menores (J de 26 años, profesional, y N de 24 años, comerciante)”.

Los padres son ambos profesionales de clase media y por lo que la paciente describe no hay ningún dato relevante en la situación familiar salvo su abuelo materno muerto de cirrosis alcohólica hace 2 años.

Lo primero que le pregunta el psiquiatra a X es si ella sabe cuál era el motivo por el cual su terapeuta había pedido la consulta, apuntando a la poca coincidencia entre lo que traía ella como motivo de consulta y lo que su terapeuta había referido, en alusión al insomnio. Contesta que su terapeuta se preocupó por el tema del insomnio, porque a lo otro ya no le da pelota. Siempre lo mismo: “hasta mi analista está podrida de esto; a ella sólo le preocupa el sueño y a mí solamente el examen.”

El psiquiatra trata de hacerle algunas preguntas con relación al trastorno del sueño notando que X respondía formalmente como dejando entrever que no le interesaba mucho ese tema. Refirió insomnio de conciliación.

Promediando la entrevista y estando el psiquiatra realmente desorientado en relación a qué actitud tomar, se le ocurre preguntarle si alguna vez tomó algún estimulante para estudiar o si realizó algún régimen alimentario con pastillas. A partir de esta pregunta X reacciona inquisidoramente y dice: “eso no tiene nada que ver, yo nunca tomo nada para adelgazar...”. Se produce un silencio... y, por primera vez, X comienza a llorar desconsoladamente. Cuenta, como puede, que ella está tomando cocaína desde hace 4 meses, que no sabe por qué empezó pero se lo recomendó un amigo para que ella pudiera estudiar sin problemas, y que estaba muy preocupada porque no sabía cómo se la iba a sacar de encima.

X dice que le da mucha vergüenza decirle esto a su

terapeuta y que se imagina que el psiquiatra no lo iba a contar ya que se tenía que encuadrar en el secreto médico.

X propone a su psiquiatra que la trate del tema de la cocaína a pesar de que su terapeuta crea que la está tratando por el sueño.

Ante semejante propuesta el psiquiatra le dice que puede ayudarla en el tema de la cocaína, pero seguramente lo que más la ayudaría es que ella lo pudiera hablar con su terapeuta, que consideraba que ninguna indicación psicofarmacológica iba a ayudarla si ella seguía tomando cocaína, y que tenía que transmitirle a la terapeuta que no le indicaba ningún fármaco, al menos por el momento.

Consideraba que podría pensar en alguna herramienta farmacológica u otro recurso técnico para poder intervenir pero para no quedar disociado del tratamiento que ella realizaba pensó que la intervención más eficaz, por lo menos en esa primera entrevista, era poder vencerla de lo importante que sería hablar con su terapeuta, pensando en cómo podía resguardarse para no quedar atrapado también en el silencio repartido que X le proponía.

A la paciente no le gustó mucho la propuesta y acordaron que el psiquiatra no le comentaría nada a su terapeuta y que la vería nuevamente una vez despejado ese obstáculo.

Después de mucho dudar respecto de si debía o no decir a la terapeuta lo conversado, el psiquiatra decide llamarla después de que X hubiera tenido una sesión con ella, pensando que la paciente ya habría tenido tiempo de hablar de su consumo. Al comunicarse con la terapeuta ésta le pide su opinión con relación a la demanda y casi como un impulso el psiquiatra le cuenta que X está muy angustiada por cosas que ella tiene miedo de hablar en sesión y que pidió por favor que no se las contara. Por ende, si ella las puede hablar se abrirá más claramente la posibilidad de trabajar farmacológicamente el tema del insomnio. La terapeuta le contesta que en realidad ella estaba haciendo una consulta con un psiquiatra y que no había que hacerle el juego a la paciente y que francamente a ella no le servía para nada que no pudiera darle mayor información de la paciente y, con bastante disgusto, terminó la comunicación.

Este psiquiatra no volvió a tener contacto con ella por este caso y tampoco con la paciente...

Viñeta 2

Un psicoterapeuta del Gran Buenos Aires trae un caso a supervisión junto con el psiquiatra de la paciente para poder pensar acerca de las consecuencias clínicas del tratamiento en colaboración que vienen desarrollando desde hace algunos meses. La paciente, a la que llamaremos María, de 50 años es derivada por el psiquiatra, quien decide al cabo de dos entrevistas que lo más apropiado para ayudar a María es trabajar en colaboración con un psicoterapeuta con quien hacerse cargo conjuntamente de la complejidad del caso. Con un estilo de hacer preguntas incisivo, comprometido y movilizador, al cabo de sus escasos contactos, el psiquiatra se había posicionado en un lugar de referencia fundamental para la paciente. Pero sus insistentes llamados,

el prelude de transferencias muy intensas y una familia de alto voltaje, lo hacen pensar que se necesitarán dos profesionales que colaboren en el caso.

Entre el aviso de la derivación y el llamado de la paciente sólo pasan algunos minutos. Pese a que la paciente no es de la zona, ese mismo día se concreta la entrevista para más tarde.

María mide más de 1,75 mts, es muy delgada y claramente preocupada por su silueta, tiene una expresión de gran tristeza en su cara pero habla animadamente y muestra notable placer en relatar sus padecimientos pese a que luego de algunas entrevistas, ya instalada en su tratamiento, reconoce que al principio no le gustó la derivación. Ella quería recibir ambos tratamientos de parte de su psiquiatra, a quien ya conocía previamente por haber atendido a una persona cercana a ella, y con quien "tenía grandes ilusiones". La psicoterapia debía comenzar por remontar una transferencia ya instalada con su psiquiatra y requería trabajar sobre el vínculo que la paciente había desarrollado con éste. La primera tensión del trabajo compartido cobraba la forma de tener que analizar la transferencia con el otro miembro del equipo terapéutico y comprender la escena triangular en la que la paciente rápidamente se había instalado.

María comienza hablando de sus múltiples tratamientos previos: el último, con un profesional que la había diagnosticado como bipolar pero que le "prohibía hacer psicoterapia porque eso la iba a empeorar". Con anterioridad había hecho varias psicoterapias (un psicoanálisis de diván por varios años y otra de corte más conductista) con finales abruptos, marcados por importantes peleas de su marido con ella y con las terapeutas.

"Siempre tenía momentos de depresión y otros de ser una tromba. Salía de un día de cama haciendo de todo pero en forma productiva. Ahora no. Esto ya lleva más tiempo y no salgo. Lloro, no puedo ir a trabajar y después me siento mal por no poder ir".

A partir de la primera entrevista y en las posteriores relata su historia familiar, con profusos antecedentes psiquiátricos que incluían a gran parte de su familia bajo tratamiento psiquiátrico. Por otra parte, y muy en primer plano, tras más de 30 años de matrimonio, aparecía una modalidad de relación con su marido, Jorge, con oscilaciones permanentes entre la violencia y la reconciliación. Ante las "fallas" de María (y sobre todo en sus episodios de angustia y/o depresión, al no poder ayudarla, preso de la impotencia y la desesperación), su marido suele tener estallidos verbales que ocasionalmente terminan en agresiones físicas. Su oscilación anímica se hace más difícil de manejar ante constantes embates de un marido que ella invita (y él se inclina) a rivalizar con sus terapeutas respecto de quiénes "saben ayudarla mejor" y periódicamente la insta a dejar sus tratamientos (a veces uno, a veces otro y a veces ambos). Luego, ella se autoimpone la tarea de conciliar a quienes ha ayudado a dividirse hasta llegar a un estado de saturación que ella vive como depresión. Por momentos su tratamiento pasa a ser "sagrado", incuestionable, y su marido pasa del respeto reverencial al desprecio visceral. La medicación, que la estabiliza y a su vez la hace subir sensiblemente de peso, cobra la significación de "algo maravilloso que su psiquiatra le da" pero también un tema de disputa cuando Jorge la acusa de "estar hecha una chancha". Periódicamente, para congraciarse con su marido y molesta por su sobrepeso, despotrica ante

Jorge por los perjuicios que le ocasionan los remedios. Tanto su psiquiatra como psicoterapeuta se ocupan de estas cuestiones, desgranando aspectos referidos a la medicación, a sus vínculos familiares y a su posición subjetiva respecto de esta situación.

La habitual división que hace la paciente entre buenos y malos (sus padres buenos y su marido malo, su marido bueno y sus hijos malos, sus hijos buenos y sus padres malos), en constante oscilación y cambio, se instala en su tratamiento: son frecuentes sus quejas con alguno de la pareja terapéutica respecto del accionar del otro, alentando, sin saberlo, una rivalidad que la enloquece.

La presencia de ambos profesionales para la supervisión ya habla de un fuerte intento por lograr un trabajo en colaboración. El psiquiatra no se limita a subir o bajar la medicación sino que decide, junto con el psicoterapeuta, afrontar las transferencias de la paciente y conserva su estilo de trabajo que, en muchas oportunidades, la paciente retoma en su psicoterapia para avanzar dentro de la misma. La comunicación permanente entre ellos para no quedar presos de estas divisiones, permitiendo el despliegue de las transferencias cruzadas sin contribuir a la disociación de la paciente y discutiendo conjuntamente el plan de tratamiento farmacológico y la dirección de las intervenciones verbales, fue generando un campo propicio para una psicoterapia de gran provecho para la paciente. La pronta apertura de un espacio diferenciado de psicoterapia para esta paciente permitió también preservar el vínculo con el psiquiatra para poder maniobrar cuestiones de la urgencia, de la medicación y de la familia, sin renunciar a su particular forma de intervenir.

Discusión

Los casos clínicos presentados permiten una mirada sobre la articulación posible del trabajo de un psiquiatra con el de un psicoterapeuta. Cuando el primero no se limita a expender un psicofármaco, interroga al paciente y se interroga por una multiplicidad de diagnósticos que hacen a la consulta y al mejor abordaje de ese paciente, se generan algunas tensiones que posiblemente no aparezcan en los casos en los que este profesional se ocupa pura y exclusivamente de aspectos biológicos de la enfermedad/tratamiento. Pero al evitar estas tensiones, muchas veces se producen divisiones que son más perjudiciales que beneficiosas.

En la primera viñeta se puede entender que el final abrupto de la comunicación entre los profesionales y con la paciente se precipitó por "superponerse" con algo de la labor del psicoterapeuta y no limitarse a extender una receta aunque, por supuesto, eso difícilmente hubiese sido de gran ayuda para la paciente y su tratamiento. Da la impresión de que la terapeuta esperaba sumar la "medicación" a la psicoterapia que realizaba, dividiendo los abordajes y reduciendo la labor psiquiátrica a la prescripción de un psicofármaco. Cuando esto no sucede, el incipiente equipo terapéutico se disuelve.

La propuesta de conservar un secreto, del que el otro integrante del equipo debe quedar excluido, es una situación clínica relativamente frecuente y nos ubica de lleno frente al tipo de tensiones que se generan en los tratamientos bifocales. Sin embargo, la eliminación pre-



surosa de la tensión (interrumpiendo alguno de los tratamientos o haciéndolos funcionar por completo en paralelo) suele ser una opción engañosa. Probablemente, “hacerle el juego a la paciente” –como dice la terapeuta del caso– fuese sostener la ilusión de que los tratamientos podían quedar divididos y que la palabra y las drogas podían circular por carriles independientes.

La segunda viñeta muestra un intento de trabajo de los profesionales sobre estas tensiones y un esfuerzo por potenciar ambos abordajes sin recurrir a divisiones simplistas en la comprensión de la situación clínica. En este caso, la derivación recorre un camino inverso (del psiquiatra a un psicoterapeuta), se produce al comienzo del tratamiento y apunta a pensar la tarea cooperativamente. Los profesionales del caso ven en la superposición de intervenciones y transferencias cruzadas un motor para el trabajo conjunto, la discusión de ideas y el análisis de las situaciones creadas por la disposición triangular del enfoque provisto. La intervención del psiquiatra no queda reducida a la prescripción de un psicofármaco sino que es entendida como algo insoslayable en el universo de las significaciones de la paciente(8, 32).

Conclusiones

Vamos en camino de que sea una rareza la existencia de un paciente de psicoterapia que no reciba psicofár-

macos (ya sean éstos recetados por un psiquiatra o por un médico no especializado en las dolencias anímicas). Es esperable que la división de tratamientos continúe y que, incluso, se incremente(2). Seguramente en los próximos años habrá nuevas moléculas para dolencias anímicas que serán prescritas por psiquiatras que hoy se están formando sin miramiento por la psicoterapia ni por el trabajo en colaboración; los pacientes recibirán ambos tipos de tratamiento y es imprescindible mejorar la comprensión de los complejos fenómenos y situaciones que suceden en los tratamientos divididos o en colaboración.

En los casos en que la mejor opción es el tratamiento combinado en manos de dos profesionales, suele ser más conveniente el trabajo sobre la fricción que se pueda producir en el intento de integrar conceptualmente las experiencias farmacológicas y psicoterapéuticas que dividir al paciente en dos áreas como si fuesen excluyentes, disjuntas y sin punto alguno de contacto, obligando al paciente a tomar partido por alguna de las dos formas de encarar el tratamiento.

La iluminación de los chisporroteos producto del desencuentro entre los trabajadores de salud mental podrá permitir contar con mayores herramientas clínicas y conceptuales para propiciar el encuentro de los profesionales.

Una cosa es estudiar la combinación de sustantivos –“psicoterapia y medicación”– y otra muy distinta es

analizar la combinación del trabajo de un psicoterapeuta y el de un psiquiatra. La reducción de los trabajos de investigación al estudio de cuál es el efecto de conjugar dos sustantivos deja escapar algo fundamental que acontece en la combinación de abordajes y que se juega en la disposición triangular de este enfoque (con la complejidad de dos procesos dinámicos en plena interacción). Es cierto que sería complicada una investigación doble ciego en donde la singularidad del psiquiatra

y del psicoterapeuta jueguen un rol tan decisivo. Tal vez, entonces, haya que prestar mayor atención a los estudios naturalísticos que amplían el foco y toman en cuenta todo el accionar del psiquiatra, el del terapeuta y la relación entre ambos. De este modo podremos sentar las bases y condiciones para producir trabajos conceptuales, generar futuras investigaciones y hacer de este tema un tópico fundamental de la formación de los profesionales de Salud Mental ■

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. Guidelines for Psychiatrists in consultative, supervisory or collaborative relationships with non medical therapists. *Am J Psychiatry* 1980, 137: 1489-1491
2. Balon R. Positive aspects of collaborative treatment. En Riba, M & Balon, R (Eds). *Psychopharmacology and psychotherapy. A collaborative approach*. Washington DC, American Psychiatric Publishing Inc., 1999
3. Beitman BD, Chiles J, Carlin, A. The pharmacotherapy-psychotherapy triangle: psychiatrist, nonmedical psychotherapist, and patient. *J Clin Psychiatry* 1984, 45: 458-459
4. Beitman BD, Blinder BJ, Thase ME, Safer DL. *Integrating Psychotherapy and Pharmacotherapy: Dissolving the Mind-Brain Barrier*. New York, W.W. Norton & Company Inc., 2003
5. Brendel D. *Healing Psychiatry: Bridging the Science/Humanism Divide*. Boston, MIT Press, 2006
6. Brusset B. Diagnóstico psiquiátrico y diferencia entre lo normal y lo patológico. *Encyclopedie Med Chir, Psychiatrie*, 37-102-E-20, 1999
7. Cabannis DL. Beyond dualism: Psychoanalysis and medication in the 21st century. *Bulletin of the Menninger Clinic* 2001, 65(2): 160-170
8. Carli T. The psychologically informed psychopharmacologist. En Riba, M & Balon, R (Eds). *Psychopharmacology and Psychotherapy. A collaborative approach*. Washington DC, American Psychiatric Publishing Inc., 1999
9. DeJonghe F, Kool S, van Aalst G, et al. Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression. *Journal of Affective Disorders* 2001, 64:217-229.
10. Eisenberg L. Is psychiatry more mindful or brainier than it was a decade ago? *The British Journal of Psychiatry* 2000, 176: 1-5
11. Ellison J. Teaching collaboration between pharmacotherapist and psychotherapist. *Academic Psychiatry* 2005, 29(2): 195-202
12. Epstein R, Rozensztroch C. Observaciones psicodinámicas sobre la función del equipo psicoanalista-psiquiatra. *Vertex, Rev Arg de Psiquiat*. 1993-4, 4(14): 284-288
13. Fernández Alvarez H, Hirsch H, Lagomarsino A, Pagés S. Psicoterapia y psicofármacos. ¿Cuándo y cómo combinarlos? *Vertex, Rev Arg de Psiquiat*. 2000, 11: 5-12
14. Fromm-Reichmann F. Problems of therapeutic management in a psychoanalytic hospital. *Psychoanalytic Quarterly* 1947, 16: 325-356
15. Gabbard GO, Kay J. The Fate of Integrated Treatment: Whatever Happened to the Biopsychosocial Psychiatrist? *Am J Psychiatry* 2001, 158(12):1956-1963
16. Goldman W, McCulloch J, Cuffel B, et al: Outpatient utilization patterns of integrated and split psychotherapy and pharmacotherapy for depression. *Psychiatric Services* 1998, 49:477-482
17. Goldsmith J, Paris M, Riba M. Negative Aspects of Collaborative Treatment. En Riba, Michelle and R Balon (Eds). *Psychopharmacology and Psychotherapy. A collaborative approach*. Washington DC, American Psychiatric Publishing Inc., 1999
18. Jindal RD, Thase M. Integrating psychotherapy and pharmacotherapy to improve outcomes among patients with mood disorders. *Psychiatric Services* 2003, 54(11): 1484-1490
19. Jorge, G. *Psicofarmacología para psicólogos y psicoanalistas*. Buenos Aires, Ed. Letra Viva, 2005
20. Kramer P. *Listening to Prozac*. New York, Penguin Books, 1993
21. Lee TS, Hills O. Psychodynamic perspectives on collaborative treatments. *Journal of Psychiatric Practice* 2005, 11(2): 97-101
22. Leiderman E. Consumo de psicofármacos en la población general de la ciudad de Buenos Aires. *Vertex, Rev Arg de Psiquiat*. 2006, 17(66): 85-91
23. Linden DEJ. How psychotherapy changes the brain – the contribution of functional neuroimaging. *Molecular Psychiatry* 2006, 1-11
24. Lipovetzky, G. El polémico “avance” de la psicofarmacología: los dilemas de la psiquiatría. *Zona Erógena* 2000. Nº 45
25. Nazar J. Abordaje terapéutico integral psicoterapia y psicofármacos. *Vertex, Rev Arg de Psiquiat*. 1994. Vol 5, Supl. I: 50-51
26. Riba M, Balon R (eds.) *Psychopharmacology and Psychotherapy. A collaborative approach*. American Psychiatric Publishing Inc., Washington DC, 1999
27. Riba M, Balon R (eds.) *Competency in combining pharmacotherapy and psychotherapy. Integrated and split treatment*. Washington DC, American Psychiatric Publishing Inc., 2005
28. Saidón O. El polémico “avance” de la psicofarmacología: Recetas. *Zona Erógena*, 2000, Nº 45
29. Snow CP. *The two cultures*. Cambridge, Cambridge University Press, 1959
30. Stagnaro JC. Aspectos psicodinámicos del tratamiento psicofarmacológico. *Vertex, Rev Arg de Psiquiat*. 1994. Vol 5, Supl. I: 27-30
31. Thoren P, Asberg M, Cronholm B, Jornstedt L, Traskman L. Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder. I. A controlled clinical trial. *Archives of General Psychiatry* 1980, 37(11)
32. Torrente F. Las bases psicológicas de la psicofarmacoterapia. *Vertex, Rev Arg. de Psiquiat*. 1998, 9: 85-97
33. Ulloa F. *La novela clínica psicoanalítica*. Buenos Aires, Ed. Paidós, 1996
34. Ulloa F. El polémico avance de la psicofarmacología II. *Zona Erógena* 2000, Nº 46
35. Ulloa F. Reportaje. *Vertex, Rev Arg de Psiquiat*. 2006 (en este mismo número)
36. Wear A. *Medicine in Society: Historical Essays*. New York, Cambridge University Press, 1992
37. Wynner. Mesa redonda: “Combined Treatment”. *Annual Meeting of the American Psychiatric Association*. 2002
38. Zieher LM. Niveles de acción de psicofármacos y psicoterapias como modelo de la integración neurofisiológica-psicoanalítica. *Vertex, Rev Arg de Psiquiat*. 1994. Vol 5, Supl. I: 31-3

Psiquiatría y Psicoanálisis

Diálogo de locos

Jorge Chamorro

Miembro de la Escuela de Orientación Lacaniana. Docente del Instituto Clínico de Buenos Aires. Coordinador de las Unidades Clínicas de presentación de enfermos (Hospitales "Borda", "Argerich", "Alvarez", "Elizalde", "Tobar García")
Juramento 1360 (1428) Capital Federal, Argentina. Tel. 4784-6714 - E-mail: chamorro@datamarkets.com.ar

Introducción

Las relaciones entre psicoanálisis y psiquiatría son múltiples y de diverso orden: históricas y actuales, conceptuales y, también, clínicas.

Las posiciones del psiquiatra y del psicoanalista deben ser precisadas, para revisar su articulación posible. Partimos de la idea de que dicha relación será más fructífera en la medida en que las repuestas de uno y de otro sean más precisadas.

Puntos cruciales ponen en tensión estas diferencias. El uso de la medicación, el riesgo de suicidio, la utilización por el psicoanálisis de ciertos procedimientos psiquiátricos como la presentación de enfermos. También debemos considerar el uso diferente de la palabra, lo que tiene la consecuencia de plantear dimensiones diferentes del concepto de verdad.

El sentido común

Es el que obtura, dificulta, desvía lo que Freud llamó "atención flotante" y Lacan "el deseo del analista". El sentido común es el que comprende sin interrogar. El que hace creer a quien supuestamente lo porta, que tiene derechos de conducción sobre el otro. Este sentido, obviamente, excluye todo lo particular de cada sujeto para enmarcarlo en las generales de la ley. Produce de forma extendida lo que Roland Barthes(1) denomina el "fascismo

del lenguaje", en el sentido de universalizar lo particular. En el campo social, y en cualquier otro, cuando se tratan las diferencias por aplastamiento, se las verá resurgir con virulencia incalculable cuando dichos poderes se debilitan o desaparecen. No hace falta más que recordar el franquismo, para encontrar el testimonio de vascos y catalanes, como también el poder soviético o yugoeslavo.

En el campo de las psicosis, lugar fundamental de la intersección psiquiatría y psicoanálisis, tanto el sentido común como su instrumento, que es la comprensión, se ven interrogados en su naturaleza. La comprensión lleva inexorablemente al sentido. Comprender es dar un sentido. Para el psicoanálisis no se trata de revelar un sentido oculto, sino de regular el que se desborda. En esta vía se separa de la hermenéutica para dirigirse a la verdad como ficción. El "fenómeno elemental" descrito por Clérambault(2) toma diferentes significaciones para cada sujeto. Tenemos un exceso de sentido, que quita a la interpretación veleidades de dar sentido que el sujeto no conoce, sino que le enseña a la interpretación el camino de la construcción. Freud, ya lo sabía: "En lugar de ello si el análisis ha sido ejecutado de manera correcta, uno alcanza en él una convicción cierta sobre la verdad de la construcción que en lo terapéutico rinde lo mismo que un recuerdo recuperado"(5).

No es casual que en la historia los poderes psiquiátricos y psicoanalíticos hayan respondido en formas que podríamos denominar autoritarias.

Michel Foucault lo describe y desarrolla en el semina-

Resumen

Las relaciones entre psiquiatría y psicoanálisis han sido y son complejas y fértiles en el marco de diferencias y coincidencias. El sentido común será el primer punto que orientará nuestra reflexión. El tratamiento hermenéutico del sentido y su opuesto, el sin sentido, nos abrirán el camino para interrogar una diversidad de conceptos: 1) Los diferentes usos de la palabra. 2) El consecuente destino de dos caminos de la verdad. 3) De lo anterior, podremos extraer los fundamentos de dos posiciones que he denominado: la voluntad del psiquiatra y el deseo del analista. Finalmente al final del artículo exploraremos diferentes posiciones, pero no necesariamente incompatibles referidas al acto suicida.

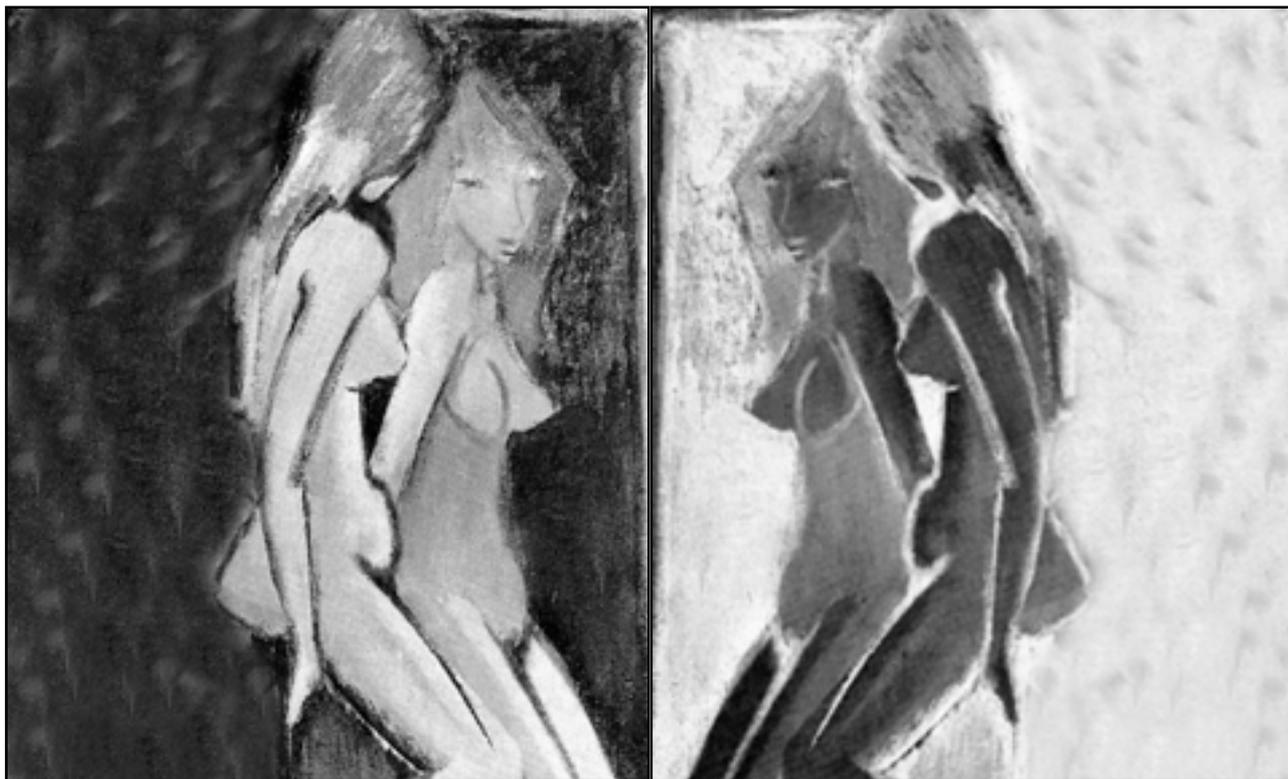
Palabras clave: Sentido común – Lo anideico – Verdad – Acto

PSYCHIATRY AND PSYCHOANALYSIS: A CRAZY DIALOGUE

Summary

The relation between psychiatry and psychoanalysis has been and is complex and fertile, in the frame of coincidences and differences. The common sense will be the first point that will allow us to guide the reflection. The hermeneutic treatment of the sense and its opposite, the non sense, will open the way for enquiring a diversity of concepts: 1- A different use of the word. 2- The consequent destination between two ways of the truth. 3- It is extracted from the previous point two positions that I call: psychiatric volunteer and the psychoanalyst's desire. At the end of the article, we explore different positions, but not necessarily incompatible, referred to the suicide act risk.

Key words: Gay – Common sense – Truth – Act



rio de los años 1973-1974, que denomina justamente el Poder Psiquiátrico, pág. 44: “la escena pone bastante bien el basamento de relaciones de poder que constituyen el elemento nuclear de la práctica psiquiátrica, a partir del cual, en efecto, veremos a continuación la erección de edificios institucionales, el surgimiento de discursos de verdad y, también, la implantación o la importación de una serie de modelos”(4). Al mismo tiempo, la psiquiatría en su dialéctica con la psicosis buscó en el amor, y en la confraternidad con el psicótico un antipoder psiquiátrico que no tuvo otra consecuencia que desconocer la particularidad de una estructura. El psicoanálisis no dejó de responder en el mismo tono bajo la forma específica de apuntar a neurotizarse al psicótico. Esto tiene como condición ineludible un amo neurótico que impone sus reglas. Es cierto que el sentido común y el neurótico se superponen fácilmente. Allí está el obsesivo para demostrarnos que lo que a él le pasa, le ocurre a todo el mundo.

El sentido, la coherencia de una conciencia, un discurso voluntario que la ejerce, encuentran un límite necesario para avanzar en el camino de la particularidad con que nos guiamos. Encontramos un punto de intersección fuerte que abre otro camino, que es la concepción psiquiátrica de lo anideico.

Lo anideico es el divino detalle, con el cual se pueden repensar tanto la psiquiatría como el psicoanálisis y sus conexiones.

Lo anideico

Lo elemental del fenómeno tiene conexiones diversas que van de lo siniestro freudiano y pasan por el sinsentido de la alucinación verbal hasta llegar a la literatura de la mano de James Joyce.

Es el psiquiatra francés Gaetan de Clérambault quien define dicho fenómeno en el campo de la psicosis. Lo lla-

mará automatismo mental, mencionará la escisión del yo, en el año 1920. Esto significa, “exterior al reconocimiento”, extraño a la sucesión de ideas de la conciencia, es finalmente exterior al yo. El yo, sabemos, se expresa en un discurso voluntario ajustado al referente. El inconsciente freudiano se encuentra respecto del yo en el mismo lugar exterior que lo anideico. Lugar que al mismo tiempo hace serie con la alucinación verbal.

Clérambault le supone al sujeto un empuje a la interpretación que depende de las aptitudes imaginativas o interpretativas. Dirá que la naturaleza de la construcción explicativa dependerá en gran medida de las ideas preexistentes características del medio. Esta pequeña observación nos permitirá distinguir en el campo de las descripciones nosográficas de la psiquiatría, los fenómenos primarios (lo anideico, el fenómeno elemental) del secundario que es la construcción delirante. Esta distinción es crucial para el tratamiento de un psicótico, entre el fenómeno primario que es necesario despejar, y el trabajo del delirio que no necesariamente es hermenéutico sino lógico. Es en este punto donde podemos decir que la psicosis es un intento de rigor, que no comparte con la neurosis. Jacques A. Miller dirá en su trabajo “La psicosis en el texto”: “el delirio psicótico implica siempre un elemento de certeza que desempeña un papel lógico de axioma”(8). No hay más que referirse a la erotomanía para percibir la lógica antedicha.

El trabajo del delirio que el psicótico realiza define la posición del analista y también del psiquiatra.

Jacques Lacan lo formulará así: “Esta dimensión es la distancia entre la vivencia psíquica y la situación semiexterna en que, con relación a todo fenómeno del lenguaje, está no solo el alienado sino todo sujeto humano”(6).

En este borde preciso entre la conciencia y lo anideico encontraremos la bisagra y la diferencia entre el psicoanálisis y la psiquiatría.

De esta articulación nacen conceptos de verdad di-

ferentes, posiciones para el analista y el psiquiatra diferentes. Será necesario precisar luego las reglas de convivencia.

Qué es un autor

Dos usos diferentes de la palabra definirán campos, perspectivas y tratamiento diferentes. Un uso descriptivo y otro representativo. Uno que parte del ajuste posible con el referente del que se quiere hablar y otro que se desarrolla a partir de su imposibilidad.

Utilizaré para precisar esta diferencia, lo que en el campo literario se define como autor.

El individuo que escribe tiene una biografía, que es posible reconocer de diferentes formas. Por testimonios personales, documentos o testigos. Ha sido un camino desviado del psicoanálisis pretender explicar lo que un sujeto escribe a partir de su biografía. Es lo que podríamos llamar el psicologismo infantil del psicoanálisis. El autor se construye con un solo instrumento: sus textos. El autor, es hijo de su texto. Michel Foucault dirá: "El nombre propio y el nombre de autor se encuentran situados entre esos dos polos de la descripción y de la designación" (3).

El yo para la psiquiatría y el sujeto (el autor) para el psicoanálisis. Este sujeto es hijo de su palabra, de sus dichos. No habla sino que es hablado. Su lenguaje freudiano se ha llamado asociación libre.

No hay riesgo, entonces, de superposición: al yo se le habla en una lengua, al sujeto en otra. Quizás lo difícil se produce cuando psiquiatra y psicoanalista hablan, para desarrollar lo que podríamos llamar un diálogo de locos.

El concepto de verdad

Lo verosímil que se aloja en el sentido común tiene rai-gambre aristotélica. El pensamiento verdadero como adecuación a la cosa, la referencia de la palabra se hace presente en el optimismo de la descripción. Si bien la prueba testimonial en el campo jurídico muestra sus inconsistencias, que no aparecen sólo cuando los testigos son falsos. Aquí se agrega el tema de la verosimilitud. Es interesante la respuesta del director del film "Whisky, Romeo, Zulu", Enrique Piñeiro. Le preguntan en un programa periodístico si todo lo que cuenta en la película sobre el accidente de Lapa, es verdadero. Contestó que no, que tuvo que suprimir cosas que eran totalmente verdaderas porque no hubieran sido creíbles. Es decir, que para que algo sea creíble, verosímil, no hay que decir toda la verdad.

La verdad como adecuación dejará con René Descartes su lugar a la certeza, para encontrar su consumación como ficción en el texto freudiano "Construcciones en el análisis". Este será un lugar donde Freud ilumina este punto en la diferencia que allí se establece entre "verdad histórica" y "verdad material". Su conclusión es que la verdad-ficción que se construye en un análisis tiene valor de verdad que no se demuestra por la adecuación a la historia vivida, sino por las respuestas indirectas del paciente. Es totalmente cierta la afirmación de que psiquiatría y psicoanálisis manejan conceptos de verdad diferentes. Esta diferencia no necesariamente es problemática, sino todo lo contrario. Bajo ciertas condiciones facilita el trabajo en común.

Por esto la medicación, instrumento del psiquiatra,

puede ser perfectamente complementaria de la práctica analítica aún en el campo de las neurosis. Dos temporalidades se cruzan: la del análisis es mediata, y la de la psiquiatría, inmediata.

No consideramos que el sufrimiento en sí es un motor del análisis. Hay sufrimientos innecesarios que hacen obstáculo al análisis y la medicación puede cumplir una función esencial en el trabajo inmediato.

La voluntad psiquiátrica y el deseo de analista

El síntoma, a medida que el psicoanálisis pierde sus aspiraciones de ser una concepción del mundo, que se transmite por boca del analista, adquiere una especificidad que le permite una convivencia más fácil con otras disciplinas. Los psicoanalistas han creído que todo es analizable, toda persona, todo objeto del arte y de la literatura puede ser alcanzado y subsumido al psicoanálisis. Lamentablemente, el costo de estas aspiraciones le han hecho perder su propio rumbo. Con la consigna de que todo bicho que camina va a parar al asador, el parrillero terminó cayendo en la parrilla.

Es cierto también que los antipsicóticos "de última generación", como se los llama, usados para compensar neurosis tienen su potencial peligro. Hacen suponer que un neurótico compensado es un ideal a conseguir. No debemos olvidar que la neurosis sin síntomas es un "silence killer". La neurosis puede construir el fracaso de una vida, tiene potencialidad maligna. Por eso si bien el síntoma duele, al mismo tiempo es un aviso que debe ser escuchado.

Es importante distinguir el síntoma analítico del síntoma para la psiquiatría. Relataré una pequeña anécdota clínica para ilustrarlo. Una mujer me consultó a raíz de lo que denominaba "ataque de pánico". Se sabe que este tipo de denominaciones es la pasión de la histeria que goza de la dramatización. ¿Qué menos que ataque? Y nada de miedo; como mínimo, pánico. Son nombres al servicio de la sugestionabilidad. Bien elegidos por el marketing de las empresas. Si se dice en inglés suena incluso con un halo internacional. Es interesante porque los pacientes llegan a ofrecer sus diagnósticos en lugar de sus síntomas. ¿Quién no se cruza todos los días con multitud de bipolares que portan con orgullo el nombre que los identifica? Un hombre psicótico internado en el Hospital Borda me comentaba que: a partir de "descubrir" que era un bipolar comenzó a redescubrir su historia. Su madre resultó bipolar y estaba considerando ciertos síntomas que le comentaban de su abuela muerta cuando él tenía dos años, que le hacían sospechar que su abuela y bisabuela también lo eran. Antes de retirarse me comentó que sus dos hijos eran bipolares. Se ve que la bipolaridad no es de última generación, sino transgeneracional. La mujer a la que me refiero tenía una función que la obligaba constantemente a actuar en público. Su síntoma de angustia la bajaba de los estrados. Como se sabe, para las empresas el show debe continuar caiga quien caiga. Luego de dos entrevistas autorice una medicación sublingual. Una sola toma, le permitió continuar, teniendo el medicamento como de uso potencial. Al mismo tiempo, mezclado con este relato, aparecía en las entrevistas lo que se constituiría como el síntoma analítico. Se sabe que éste es un síntoma dicho, que nada tiene que ver con ataques, ni pánicos, sino con la singularidad de su discurso, que se en-

marcaba en un “pierdo”. Extraído de diversas anécdotas relatadas, que describían un coche en manos de un chofer, su dinero en manos de su pareja y un padre en manos de la enfermedad y la muerte. Entonces está claro un síntoma para la psiquiatría, el llamado ataque de pánico, que hace posible nacer un síntoma para el psicoanálisis: pierdo.

La conclusión es que si bien la psiquiatría no reconoce al sujeto, no impide que por otros medios se reconozca el sujeto de un pierdo.

Lamentablemente la psiquiatría se ha mostrado en este punto bastante sugestionable por el ritmo atractivo, del arriba y del abajo de la bipolaridad. Se pierde también en el camino de los golpes del toc, toc, el peso fundamental de los grandes cuadros que la psiquiatría supo aportar a la captación del sujeto psicótico. La consecuencia de este movimiento es que la intersección entre Psicoanálisis y Psiquiatría no podría dar hoy la fértil interlocución que permitió el pasaje de la demencia precoz a la esquizofrenia.

Riesgo de morir, riesgo de vivir

El suicidio, la versión psiquiátrica y legal coinciden en denominar, bajos ciertas circunstancias, a la relación entre un sujeto y la muerte como un riesgo. La muerte, según esta perspectiva, es un riesgo que debe ser evitado. Hasta no hace demasiado tiempo la medicina se orientaba en el mismo sentido. El ideal hipocrático del sostenimiento de la vida a cualquier costo. Actualmente las discusiones y actos referidos a la eutanasia, el suicidio asistido, comienzan a relativizar la muerte como una amenaza y bajo ciertas condiciones la proponen como un fin a alcanzar.

En este punto hay una divergencia importante entre la psiquiatría y el psicoanálisis orientado por Jacques Lacan. Su aporte es la distinción para considerar el suicidio entre síntoma y acto. El suicidio es un Acto que excede en todo al síntoma.

Si nos referimos solamente a las “ideas de suicidio”, podemos considerarlas como síntoma en algunos casos. En este punto nos encontramos con una potencial divergencia esencial. Desde Freud el síntoma encierra una verdad a develar con la que el sujeto debe encontrarse más allá de su voluntad. Es una diferencia crucial también con las Terapias cognitivo-comportamentales. Ellas ubican el síntoma como lo que hace obstáculo a la voluntad del individuo. Por lo tanto se orientan a suprimirlos para que se pueda realizar la voluntad. Pero, ¿quién asegura que la voluntad misma no es un síntoma? Dicen que el camino al

infierno está lleno de buenas voluntades. Ejemplo: un niño “sabe” desde muy chico que será tenista y él como toda su familia construye un proyecto que lo lleva a los más altos niveles de competencia. Allí se producirá una crisis obsesiva de tal magnitud que interrumpe su carrera. Los llamados psicólogos deportivos apuntarán a suprimir dichos síntomas para que pueda seguir jugando. Sin embargo en esa supresión se aplasta una posible verdad, que es que el problema es el tenis mismo que aplastó desde el principio su deseo más singular que nada tiene que ver con el tenis. De hecho hay tenistas que abandonan prematuramente sus carreras –según dicen– “para dedicarse a ellos mismos” (??). Los ideales propios, familiares o sociales son evidentemente una amenaza a los deseos singulares de cada sujeto. La clave que el psicoanálisis porta desde el principio al fin es hacer rendir la verdad que encierran. Tratar de suprimir el síntoma no hace más que desplazarlo y sofisticarlo, lo que hace más difícil su acceso.

Por esto, reducir el suicidio a un riesgo que debe ser evitado, encierra la operación tanto psiquiátrica como psicoanalítica y ninguna lo evita por más procedimiento, instituciones, o medidas de seguridad que se implementen. Colocar como hacen las leyes vigentes a los así llamados profesionales de la salud enfrente del suicida, para contravenirlo, es lisa y llanamente un acto de abandono. Es abandonar a alguien que por distintas razones, que hay que considerar, encuentra en la muerte una salida.

Está claro que hay una enorme diferencia entre los que se orientan por este camino. Está el suicidio desesperado, pero el suicidio ritual japonés llamado *seppuku*, que justamente por ser un Acto excluye el patetismo. También podemos considerar el suicidio por honor, si bien estos son tiempos donde el honor no es un valor muy apreciado. El honor es una noción compleja pero seguramente no es ajena a tomar la palabra pronunciada con el peso de un acto irreversible. Osvaldo Lamborghini, en su cuento “La causa justa”(7), hace decir a uno de sus personajes, el japonés Tokuro: “el que falta a la palabra de honor”. El que hoy falta al honor traiciona al amigo, es capaz de traicionar Patria y Emperador. Tokuro siempre había estado solo desde que llegó a la “llanura de los chistes” (no de las palabras de honor). En la llanura de los chistes todo se arregla, la palabra empeñada no mata, se convierte en un chiste que se hizo. Es decir, debemos admitirlo, puede haber riesgo de suicidio pero también riesgo de vivir sin honor.

En algunos textos se relatan los suicidios en la historia; al recorrerlos parece difícil, casi una afrenta a sus ejecutores, englobarlos en un “riesgo de suicidio”; merecen medicación, internación y sino –¿por qué no?– electroshock. Eso sí, de última generación(9) ■

Referencias bibliográficas

1. Barthes R. *Variaciones sobre la escritura*. Ed. Paidós, Argentina, 2003
2. Clérambault GG de (1920) *Oeuvres Psychiatriques*. Ed. Frenesie, Paris, 1987
3. Foucault M (1969) *¿Qué es un autor? Conjetural* N° 4. Ed. Sitio, 1984
4. Foucault M (1973-1974) *El poder psiquiátrico*. Cap. I. Ed. Fondo de Cultura económica de Argentina, 2005
5. Freud S (1937) I. Tomo XXIII. Construcciones en el análisis. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1976
6. Lacan J. *Seminario 3. Las psicosis*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1984
7. Lamborghini O. *Novelas y cuentos II. La causa justa*. Ed. Sudamericana Narrativas, Buenos Aires, 2003
8. Miller JA. *La psicosis en el texto*. Ed. Manantial, Buenos Aires, 1990
9. Misrahi A. *Adios mundo cruel. Los suicidios más célebres de la historia*. Ed. Océano, Barcelona, 2002

Reportaje a Fernando Ulloa

por Gustavo Lipovetzky
Martín Agrest



Vertex: Hace un tiempo que venimos pensando sobre los puntos de tensión en el llamado “trabajo en colaboración” entre psiquiatras y psicoterapeutas y, dada su extensa trayectoria en la práctica y en la conceptualización de la labor interdisciplinaria, queríamos saber cómo ve un trabajo compartido que a veces es en colaboración, otras es repartido, paralelo o, directamente, dividido.

Fernando Ulloa: Trataré de ubicar mi respuesta en un marco preliminar. Estoy habituado a la interconsulta por la índole de mi trabajo clínico, atento a la salud mental, sobre todo trabajando con equipos interdisciplinarios en el campo de la numerosidad social donde ocupa un lugar importante la producción de salud mental en los equipos de salud. Aclaro que por “numerosi-

dad social” entiendo no ya el uno a uno –analista/analizante– de la clínica psicoanalítica, sino el uno más uno más uno... haciendo numerosidad. En ésta cuentan tantos sujetos como sujetos cuentan. El primer “cuentan” alude a que sea posible la mirada entre todos los sujetos que integran ese conjunto, todos a la vez perceptores y percibidos. El segundo “cuentan” se refiere a la condición hablante del sujeto humano.

Para hacer posible estas reciprocidades de mirada y palabra será necesario recortar dicha numerosidad, de hecho acorde al espacio con que se cuente para armar el dispositivo del que vengo hablando que resulta así un dispositivo clínico básico para mi trabajo psicoanalítico en el campo socio-comunitario. Dada la índole de la entrevista no cabe extenderme sobre ésto, sólo diré que el

“acto de habla mirado”, resultado de estas reciprocidades, confiere a la palabra una particular eficacia tanto en la producción de subjetividad, cosa esencial en la organización de una “cultura” inherente a lo que ahí se está trabajando, como –y ésto importa– en la producción de un encuentro *inter* sujetos, algo esencial para que ahí se optimice el pensamiento crítico, basamento de todo intento interdisciplinario.

A partir de lo anterior debo decir, reiterando aquello de la producción mental en los equipos de salud, que estoy habituado a trabajar de una manera interdisciplinaria, no solamente en el sentido habitual, sino que también abarca el debate teórico-metodológico, incluso entre operadores clínicos del mismo palo disciplinario, como sucede en un clásico ateneo clínico.

La segunda cuestión preliminar, para enmarcar esta entrevista, alude a la diferencia entre lo que llamaré la clínica de linaje médico, en la que incluyo a la psiquiatría e incluso la psicología médica, y la clínica de linaje psicoanalítico que, de la mano de la abstinencia, en tanto principio metodológico y ético central en psicoanálisis, se va apartando de los caminos médicos. No obstante éstos permanecen en el horizonte, como recurso posible en algún momento de la práctica más ajustada al psicoanálisis. Otro tanto puedo decir del linaje médico a cargo de un operador clínico; lo ejemplifica no ya un psiquiatra, sino un cirujano, que en la relación médico/paciente deberá estar atento a no desoír ni tampoco sobrevalorar los procesos transferenciales capaces de depositar sobre él un fuerte poder, sobre todo en situaciones críticas donde está en juego la vida de un paciente. Es obvio que ni el cirujano –tal vez sí el psiquiatra– tiene por qué estar entrenado, pero sí informado de estos procesos transferenciales, finalmente presentes en cualquier lazo social, como efectos de la subjetividad dados en el mundo humano.

Una breve tipología de ambos linajes aclarará lo anterior y sobre todo el por qué hablo tanto de la clínica psicoanalítica que no desconoce los horizontes de la otra clínica y viceversa.

La clínica de linaje médico es una clínica holística, es decir, global. Es, además, una clínica de cuidados en tanto pretende aliviar los síntomas. Esto es, ni más ni menos, lo que demandamos los psicoanalistas cuando recurrimos, como pacientes, a un médico. Finalmente es una clínica de consejos y prescripciones. Pero lo específico de esta clínica es que todo paciente ubica –legítimamente– en el clínico, el saber específico que de él demanda. También esperamos de un psiquiatra que esté actualizado y muy entrenado en el área de los psicofármacos, cosa que requiere una información específica que habitualmente un psicoanalista no posee, por lo menos en forma que garantice idoneidad; tampoco podría acumular una casuística suficiente.

En cuanto a la clínica de linaje psicoanalítico no es, al menos de entrada, holística sino que es clínica, prevalentemente, del fragmento porque así son las producciones del inconsciente: actos fallidos, sueños, olvidos causados por la represión, ocurrencias, muchas veces ligadas al retorno de lo reprimido, etc. No es clínica de cuidados, en el sentido que lo son los cuidados médicos, pero la transferencia demanda estar particularmente atentos al cuidado de la misma y exige, sobre todo, recaudos éticos. La transferencia es un motor fundamental siempre que no se la use más que para resolverlo y

con ella el conflicto que la promueve. Finalmente esta clínica es clínica de lectura y desentrañamiento de los síntomas.

En mi práctica advierto la importancia de no atender solamente al “por qué” diagnóstico de un síntoma, sino estar atento al “para qué” prospectivo de ese síntoma. Esta lectura es, en especial, un valioso intento, frente a pacientes graves; de hecho un arduo y propicio recurso no sólo para un psicoanalista, sino también para quien intente habérselas con la psicosis. Se trata de intentar recuperar el núcleo inherente a un “proyecto” de salida, existente en todo síntoma por más que la condición sintomática obstaculice dicha salida “proyecto” a no desechar en el momento del pronóstico. Este para qué conlleva, cuando impregna una actitud clínica, el efecto de dignificar la relación clínico/paciente en tanto este último advierte el esfuerzo del clínico por desentrañar y “hablar” su ‘lenguaje’ sintomático. Es cierto que hay veces en que habrá que suprimir un síntoma pero sin que esto implique un corrimiento del linaje psicoanalítico. Es que aliviar el sufrimiento psíquico es inherente a producir salud mental.

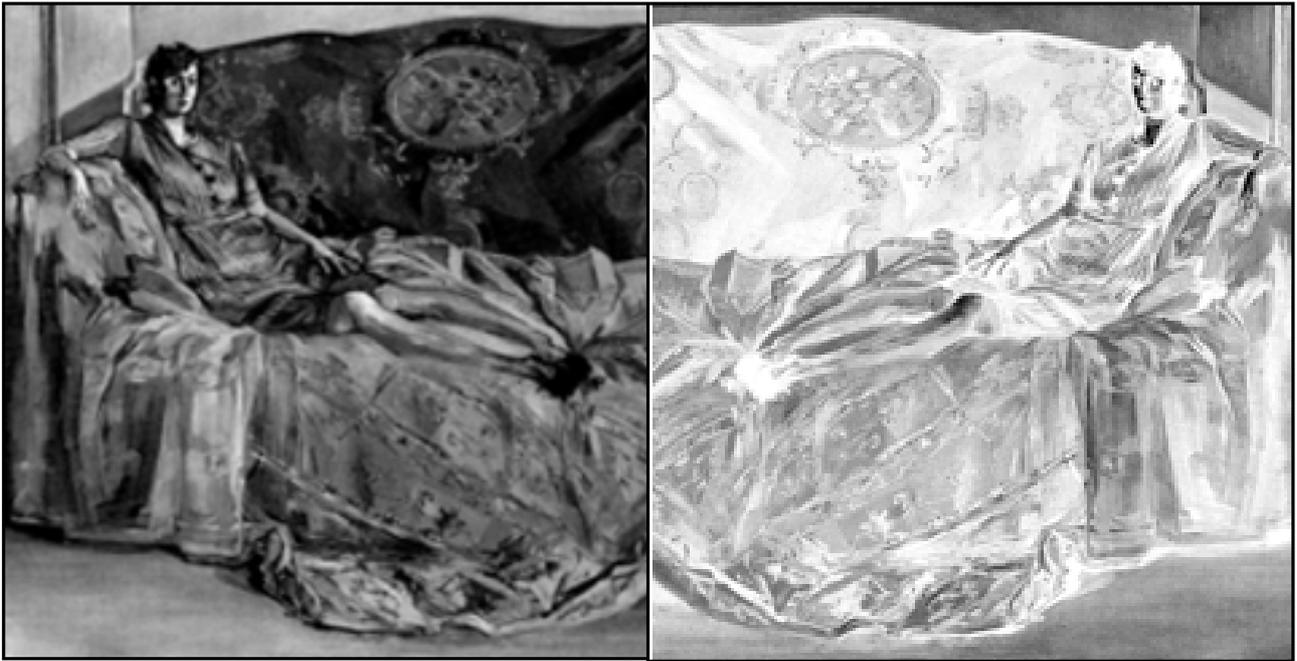
Resulta fundamental tener en cuenta que en el quehacer clínico nunca hay linajes puros, aunque conviene entender que estamos hablando de dos conceptos distintos pero no antitéticos. En principio, la clínica psicoanalítica no trata de suprimir el síntoma, sino de leer y desde ahí pretender superarlo, aclarando su significado en la historia de ese paciente. En ese sentido el saber del analista es saber nutrido –tal vez en muchos libros– pero sin dejar de lado lo que lee en el paciente. El saber del analista estriba en poder acceder al saber del otro que lo demanda. Por eso más que practicar teoría es útil conceptualizar prácticas, y mejor si esto se logra desde la excelencia teórica.

Debo decir, además, que esta práctica clínica psicoanalítica, en ocasiones colectiva, supone –sobre todo en la numerosidad social– un entrenamiento interdisciplinario, cosa que será facilitada con la consolidación de una cultura que llamaré transdisciplinaria, logro que facilita precisamente la interdisciplina. Fácil es advertir que el par interdisciplina/transdisciplina implica, en cierta forma, una petición de principio porque cada nivel depende del otro; entonces se requiere de inicio un motor disciplinar que permita ir accediendo a un comportamiento interdisciplinario; logrado este afianzamiento, el heredero de la disciplina inicial será el hábito de una cultura transdisciplinaria que haga natural la interdisciplina.

De todo lo que vengo planteando es fácil deducir que para mi práctica psicoanalítica importa contar con psiquiatras con los que ya tenemos un entendimiento y una experiencia clínica transdisciplinaria. Por supuesto este es el desiderato cuando soy el que recurre a un psiquiatra; de hecho los psiquiatras que suelen recurrir a mí como psicoanalista, posiblemente, toman en cuenta los mismos parámetros que tomo yo, un hábito interdisciplinario en que cada uno ponga atención a lo suyo sin tentaciones colonizadoras, pero apuntando al mutuo esclarecimiento clínico.

Vertex: ¿En qué circunstancias de su actividad clínica piensa en derivar a un paciente para que sea medicado o que realice una consulta con un psiquiatra?

Ulloa: Son imprevisibles las circunstancias salvo en



aquellos casos en donde la índole del paciente, por su alto grado de perturbación, hace prever una consulta psiquiátrica. Me informo si está en tratamiento con un psiquiatra y si no lo encamino hacia alguno a quien corresponda, no sólo en relación a lo que vengo diciendo, sino también en relación a la singularidad de la dolencia del paciente. Frente a un paciente en quien preveo esta circunstancia, puede ser que anuncie como una condición del tratamiento esta posibilidad. Otro tanto ocurre cuando veo una persona con evidentes síntomas de una patología somática que está subatendido o no está atendido, también indico la participación diagnóstica de un clínico.

Por ejemplo, suelo encaminar un paciente a un psiquiatra, frente a un duelo patológico culposo, donde el “dolor psíquico” es muy fuerte y no lograra aliviarlo, quizá el paciente se debate en una encerrona trágica atrapado en un “dolor psíquico” sin fin. El origen de estos conceptos –encerrona trágica y dolor psíquico– se remonta a la época en que debí atender una paciente, en los comienzos de la dictadura militar; ella estaba desesperada, le habían secuestrado un hijo. En su tremenda angustia repetía: “ojalá esté vivo” y a continuación un susurro casi inaudible y tal vez inconfesable para ella misma: “ojalá que no esté vivo”. Era claro que la estremecía imaginar los horrores de la tortura. En un momento alcancé a decirle: “qué encerrona trágica la que la tiene atrapada”. No hice más que describir lo que ahí ocurría, reconocer su tremendo encierro; no me quedaba otra cosa que asumir lo que con el tiempo llamaría el rol de tercero de apelación, reconociendo la índole atroz de su sufrimiento. De todo ésto habría de darme cuenta cuando pude conceptualizar la encerrona trágica que ahí estaba ocurriendo; cuando el dolor que en esta encerrona se da, y que llamaré “dolor psíquico”, resulta insufrible. Es injusto dejar a alguien sin al menos reconocer explícitamente esta situación. Como ya dije, con el tiempo fui conceptualizando mis ideas. La encerrona trágica es una situación de dos lugares, víctima y victimario, que provoca un dolor psíquico para el que no se ve la salida del túnel. No siempre es atroz este dolor pe-

ro se presenta sin final; ahí suelo recurrir a un psiquiatra en procura de alivio. Es mi obligación procurar una salida, en tanto tercero de apelación. Esto no significa ceder mi lugar de psicoanalista, todo lo contrario.

En el caso en que el paciente sea derivado por un psiquiatra, me pongo en contacto con él, y si hay alguna diferencia de criterios, lo discutiremos clínicamente. Pero es más usual, en mi experiencia, que sea yo el que pida la intervención a un psiquiatra, con quien tenga un hábito interdisciplinario. Es más, cuando envío un paciente a un psiquiatra suelo expresarle que yo pienso que él se beneficiará con una medicación, y le advierto que el psiquiatra a quien lo encamino puede ser que opine lo contrario y no lo medique; que para mí esta es una situación de verdadera colaboración y respeto con el psiquiatra. Por supuesto que yo voy a discutir la indicación con el psiquiatra que he elegido, que ambos exponeremos nuestros argumentos clínicos, y lo más frecuente es que el psiquiatra tenga argumentos válidos que modifiquen los míos; algunas veces ocurre lo contrario.

La intervención de un psiquiatra en general es tranquilizadora, sobre todo frente a posibles crisis en curso, que tal vez yo no esté en condiciones de manejar o no tenga ganas de ocuparme, sobre todo en situaciones que me demandarían un gran esfuerzo; esfuerzos que a veces es ineludible y que como psicoanalista tampoco lo rehúso.

Vertex: ¿Cómo determina que la herramienta psicoanalítica ya no funciona para esa situación?

Ulloa: No hago vacancia de mi rol de psicoanalista en el cual el sufrimiento del paciente a veces es imprescindible para nuestro trabajo en común; pero cuando el dolor es arbitrariamente excesivo, y ni el paciente ni yo vemos la salida del túnel, sólo queda romper las paredes del encierro; entonces no dudo en una consulta psiquiátrica.

Por otra parte no estoy *a priori* prevenido frente a las neurociencias. Entiendo que esto puede resultar, desde una lectura parcial e ideológica, una claudicación psi-

coanalítica, pero los años no han hecho otra cosa que afirmarme en la validez de la herramienta psicoanalítica usada pertinentemente. En la clínica, la pertinencia es una variable de la abstinencia con verdadero valor ético. La pertinencia se ajusta no solamente a la singularidad de la situación que tenemos enfrente, sino también al momento y a las circunstancias en que transcurre nuestra responsabilidad clínica.

Vertex: *¿Cómo afecta al tratamiento analítico la derivación al psiquiatra?*

Ulloa: Me sorprende la pregunta dentro del panorama que he planteado en donde es evidente que no hay pureza en los linajes clínicos, ya que tanto la de linaje médico, como la de linaje psicoanalítico, tienen su momento y su oportunidad. Hay veces que resulta pertinente que un analista, frente a un paciente en riesgo, asuma los cuidados –en el sentido de cuidados médicos– de su paciente. Claro que pasada la emergencia será de buena clínica recurrir a un psiquiatra, y si éste tiene formación psicoanalítica, bienvenida, pero lo que pretendo de él es que aporte aquello que no es mi hábito, por ejemplo ese saber en un operador médico, para el caso tratándose de una especialidad como la psicofarmacología que requiere estar permanentemente actualizado, cosa imposible en un psicoanalista que, además, no podría nunca dar cuenta de una casuística adecuada. Todo lo que estoy diciendo no implica desconocer el aspecto curativo específico propio de una administración farmacológica sobre todo frente a una estructura psicótica.

Quiero decir algo acerca del psicoanálisis y la psicosis. Hay ocasiones en que en el acto clínico se añora el viejo concepto de “aspectos psicóticos y aspectos no psicóticos de la personalidad”. Concepto que deja de tener vigencia teórica frente a la “estructura psicótica” que legítimamente se plantea desde el lacanismo. Pero la experiencia clínica me enseña que un buen clínico, psicoanalista o psiquiatra, se interroga atentamente acerca del para qué del síntoma, lo cual supone reconocer en todo comportamiento sintomático un intento de salida –un intento tal vez fallido por su carácter sintomático, e incluso francamente patológico– y un dato valioso a investigar en el paciente en relación a un pronóstico que clínicamente debe intentarse construir. Es que en la clínica los diagnósticos se leen y los pronósticos se construyen.

Pero lo que quiero retomar, en relación a aquello de aspectos psicóticos y no psicóticos, es lo siguiente: ese arduo esfuerzo de lectura en relación al para qué, cuando logra algún resultado creará –al menos en mi experiencia– “un momento no psicótico” en la relación con el paciente. Para el analista este momento lo proveerá de algunas claves que orienten su quehacer clínico. En el paciente puede que acreciente su deseo por una vida mejor.

Vertex: *¿Puede ser que mande un paciente a un psiquiatra biológico, entendiendo por ello una psiquiatría que tiene una concepción del enfermar y del curar en estricta relación con la biología y sin considerar los aspectos inconscientes o subjetivos?*

Ulloa: Me será más fácil si este es el consejo del psiquiatra con quien “formo equipo”. Pues supongo que él sí conoce en detalle lo que la psiquiatría biológica puede aportar. Por supuesto, será una oportunidad para discutir clínicamente y acrecentar mis conocimientos en relación a áreas que no me son habituales.

Vertex: *¿A qué altura del tratamiento es más frecuente que derive? ¿Es más común haciendo entrevistas preliminares o una vez ya instalado el tratamiento?*

Ulloa: Aquí manda la clínica. A veces en las entrevistas preliminares pongo como condición la posible intervención del psiquiatra. En el medio de un tratamiento puede ser que una prepsicosis se descompense y se torne difícil de administrar y que sea necesario, para mí, contar con un psiquiatra; sea que corresponda una internación, o que siendo necesaria no sea posible tal internación, por lo cual será útil que quien opera clínicamente –me pongo en ese lugar– esté internado en un ámbito de interconsulta. Y esto vale para todos los que estamos haciendo equipo interdisciplinario en esas circunstancias.

Vertex: *¿Existe a su criterio la diferencia entre el proceso analítico de un paciente cuando éste le es derivado por un psiquiatra o cuando es usted el que deriva el paciente al psiquiatra?*

Ulloa: Todo depende de qué se entienda por interdisciplina. Me reiteraré en lo que antes he dicho afirmando aquello de que no hay linajes puros en la clínica; un psicoanalista, dentro de la pertinencia clínica, en un momento dado, estará ocupándose de cuidar al paciente sin necesidad de que intervenga un psiquiatra, pues se trata de un momento episódico. También un psiquiatra, en ocasiones, deberá considerar y trabajar las situaciones transferenciales de su paciente.

Desde esta perspectiva da igual que sea yo quien derive o que me lo deriven.

Vertex: *¿Usted cree que en algunas ocasiones los analistas pueden ver en la consulta al psiquiatra una claudicación o limitación en el uso de su herramienta?*

Ulloa: Si lo siente es un “nabo” que está defendiendo su quintita. No es una claudicación sino una complementación que tiene que estar dispuesto a llevar adelante. Esta es mi manera de ver la clínica. Si bien Freud tuvo, en su momento, motivos “estratégicos” para escribir su texto “Del múltiple interés del psicoanálisis para otras disciplinas”, hoy esta postura se complementaría con ‘el múltiple interés del psicoanálisis por otras disciplinas’. Esto no necesita demostración complementaria porque es por demás evidente ■

Colaboración entre psiquiatras y psicólogos: revisión de la literatura

Fernando Torrente

Psicólogo Clínico. Jefe del Área de Psicoterapia Cognitiva del Instituto de Neurología Cognitiva (INECO).
Coordinador del Departamento de Investigación del Centro Privado de Psicoterapias (CPP)
E-mail: ftorrente@neurologiacognitiva.org- Castex 3293, Buenos Aires, Argentina. Tel: [5411] 4807-4748

1. Introducción

La relación de trabajo entre psicólogos y psiquiatras, como todo entrecruzamiento humano complejo, admite múltiples lecturas, niveles y puntos de vista. Entre todos ellos, la perspectiva elegida en este trabajo para abordar las características especiales de esta relación es la de la evidencia empírica en salud mental. En primer lugar, se revisarán los escasos estudios empíricos que, entre otros aspectos, han tenido como objeto la relación entre psicólogos y psiquiatras. En segundo lugar, en un sentido más sutil, se discutirán algunas tendencias ligadas a la evidencia más actual sobre lo que resulta útil o beneficioso dentro del campo de la salud mental, y que implican, de manera no absoluta pero sí perentoria, la colaboración entre profesionales de distintas disciplinas y formaciones. Este segundo aspecto nos brindará el contexto en el cual se desarrolla esta colaboración y nos permitirá también imaginar los escenarios futuros.

¿Por qué elegir la perspectiva empírica cuando existen otros determinantes muy poderosos para este fenómeno? Sin pretender desviarnos del guión elegido es claro que la psicología y la psiquiatría, como profesiones y paradigmas convivientes, han mostrado y muestran tensiones de orden económico, corporativo, epistemológico y, por qué no, a veces ideológico. Sin embargo, también es cierto que las decisiones sobre el trabajo conjunto (o disjunto) debe (o debería) atender a decisiones terapéuticas. Imaginemos,

para extremar este planteo, dos clubes de fútbol rivales, separados por la historia, la tradición, la ideología y la clase social. Supongamos que existiera evidencia palpable y sólida de que una escuadra conformada por jugadores de ambos equipos sería prácticamente imbatible. ¿Deberían, unos y otros, renunciar a su narcisismo, a sus regalías, a su épica para obtener los mejores resultados? En el fútbol probablemente “no”. En el campo de la salud, por el contrario, la respuesta seguramente es “sí”.

Para decirlo de otra manera, la relación de trabajo entre psiquiatras y psicólogos, además de discutirse en el plano teórico, social y vincular –se trata de seres humanos y como tales sus relaciones están cargadas de subjetividad, no es posible negarlo– también debe evaluarse a la luz de la utilidad y de la eficacia. Siguiendo esta línea podemos plantear el problema de la siguiente manera: ¿dentro de qué marco o dispositivo terapéutico se encuadra la relación? ¿Cuáles son los aportes específicos de cada disciplina? ¿Existen beneficios diferenciales, expresados en los resultados o en los costos, del proceder de uno y otro profesional? ¿Cuáles son, si existen, las ventajas operativas del trabajo en colaboración? ¿En qué contexto estratégico se desarrollan las intervenciones de cada actor?

La obtención de una respuesta fundamentada para estos interrogantes no es tarea sencilla. Fuera del espacio argumentativo o anecdótico, las preguntas sobre la efectividad de una intervención o de un terapeuta sólo pueden ser respondidas de manera empírica. Y la evi-

Resumen

El objetivo de este trabajo es revisar los estudios de carácter empírico que, de manera directa o indirecta, abordan la temática del trabajo en colaboración entre psiquiatras y psicólogos. A pesar de la escasez de estudios, pueden destacarse tres líneas de interés: 1) la relativa al empleo de tratamientos combinados de psicoterapia y medicación, 2) el desarrollo de programas de abordaje de desórdenes específicos con una concepción unicista de la etiología y el tratamiento, 3) la discusión sobre el rol del equipo en la atención de los pacientes más complejos o difíciles. En términos generales puede afirmarse que los tratamientos en colaboración constituyen una opción válida y efectiva en salud mental.

Palabras clave: Tratamiento en colaboración – Tratamiento combinado – Salud mental

COLLABORATIVE RELATIONSHIP BETWEEN PSYCHIATRISTS AND PSYCHOLOGISTS: A LITERATURE REVIEW

Summary

The aim of this paper is to review the empirical literature concerning the collaborative relationship between psychiatrists and psychologists. Despite the scarcity of published studies about this topic, three main areas of interest could be identified: 1) literature regarding combined treatments (psychotherapy plus medication); 2) the development of therapeutic programs for specific conditions within a biopsychosocial framework; 3) the discussion about the team role in the approach of difficult cases. In general terms, it could be stated that collaborative treatments are a valid and effective option in mental health settings.

Key words: Collaborative treatment – Combined treatment – Mental health .

dencia sobre estos tópicos, como veremos, es realmente limitada, cuando no nula.

2. La eficacia de los tratamientos combinados y en colaboración

El marco usual en que se desarrolla la relación de colaboración entre psiquiatras y psicólogos es el de los llamados "tratamientos combinados" que utilizan de forma conjunta la psicoterapia y la farmacoterapia; con el psicólogo en el rol de psicoterapeuta y el psiquiatra en el papel más específico de psicofarmacólogo. Por supuesto, no es éste el único modo de impartir tratamientos combinados, puesto que el psiquiatra puede eventualmente tomar a su cargo ambas funciones. Sin embargo, por varios motivos que discutiremos a continuación, la primera modalidad se ha diseminado de manera creciente. En la literatura sobre el tema, se suele denominar "tratamientos divididos" (*split treatment*) o, de manera más afortunada, "tratamientos en colaboración" (*collaborative treatment*) a aquellos en los cuales la psicoterapia y la farmacoterapia recaen en profesionales diferentes, mientras que los tratamientos a cargo de un único efector se designan como "tratamientos integrados" (27).

Ahora bien, ¿por qué motivo los tratamientos en colaboración han ganado terreno recientemente? Se pueden aventurar varias hipótesis al respecto. En primer lugar es claro que, en el terreno de la evidencia, el desarrollo creciente de la psicología clínica, más allá de las modas, se halla legitimado por la demostración empírica de la eficacia de las psicoterapias como procedimiento terapéutico (19). Y el psicólogo clínico es un efector científica y socialmente validado de esta herramienta eficaz. La psiquiatría, al mismo tiempo, ha experimentado en las últimas décadas un fabuloso crecimiento de su arsenal farmacológico, de la mano del desarrollo pujante de las neurociencias. Este desarrollo implica para el psiquiatra un grado de especialización y experticia muy importante en los aspectos biológicos de la clínica y de la terapéutica, que compite internamente con los tiempos y recursos de formación que a su vez requiere el aprendizaje y el ejercicio de la psicoterapia. Esta tensión ha llevado, previsiblemente, a muchos psiquiatras a delegar total o parcialmente la conducción de las psicoterapias en otros profesionales. Si además tenemos en cuenta que el número de psiquiatras tiende a ser cada vez más escaso en comparación con el número de psicólogos, que sus costos de formación son más altos y que, por lo general, su hora de trabajo es más onerosa, entonces podemos formarnos una idea de cómo se construye el "nicho ecológico" en que crecen los tratamientos en colaboración. Por decirlo de otra manera, apelando a una metáfora biológica (y entiéndase bien, es una metáfora), un proceso análogo a la "selección natural" ha llevado a que cada vez menos psiquiatras, más costosos y presionados por múltiples incumbencias y exigencias de formación, deban especializarse cada vez más para responder de modo más eficiente a la demanda. Aunque los psiquiatras quisieran tomar a su cargo todos los tratamientos en todos sus aspectos (farmacológicos y psicoterapéuticos, para simplificar la cuestión¹) ello no sería posible en la actualidad. En paralelo, cada vez

más numerosos psicólogos (hablando globalmente, más allá de las cifras exorbitantes de la Argentina en este sentido), capacitados para el ejercicio de la psicoterapia (también más allá de las dudas sobre el proceso formal de su capacitación en nuestro país, sin duda todavía muy frágil) ocupan mayor espacio en los tratamientos. Después de todo, al menos en la teoría, no resulta tan absurdo que siendo la psicoterapia un procedimiento psicológico, la misma sea ejecutada, entre otros, por psicólogos.

Pero, hasta ahora, ¿qué hemos dicho de la terapéutica y de su eficacia? Pues bien, para dirigirnos hacia ese punto podríamos preguntarnos si los tratamientos combinados agregan algún beneficio clínico concreto, dejando de lado por el momento la pregunta de quién o quiénes deben ejercerlo.

2.1 ¿Son beneficiosos los tratamientos combinados, esto es, la adición de psicoterapia y psicofármacos?

En términos generales, de acuerdo con la revisión sobre el tema efectuada por Thase y Jindal (27), es posible aseverar que los beneficios de los tratamientos combinados no son universales, sino que se expresan diferencialmente en las patologías más severas, crónicas o refractarias a tratamientos previos. Así, existe evidencia clara de las ventajas de utilizar psicoterapia y medicación combinadas en el abordaje de la depresión moderada a severa y en sus formas crónicas o recurrentes, en el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno bipolar y la esquizofrenia (en estos últimos dos casos con especial referencia a los enfoques psicoeducativos). En cambio, no existen datos claros de la ventaja en la adición, al menos inicial, de ambas formas terapéuticas en formas leves o menos invasoras de trastornos de ansiedad y depresión, que constituyen, por cierto, la mayor proporción de las consultas. En estos casos, tanto la medicación como la psicoterapia han demostrado su eficacia una sin la otra y, según el problema de que se trate y el caso en particular, pueden ser utilizadas como tratamientos de primera elección (decisión específica que excede los límites de este artículo). Como guía general podríamos decir que, en patologías leves o agudas no recurrentes, el tratamiento único con psicoterapia o medicación es el primer paso en la estrategia, según el nivel de eficacia, especificidad, disponibilidad, costo y preferencia del paciente. En el caso de patologías más severas o de curso crónico y altamente recurrente, en cambio, debería considerarse el tratamiento combinado como primera elección.

Ahora bien, hilando más fino, sin embargo, puede observarse que tras el tratamiento con medicación o psicoterapia independientes, aún en los casos menos severos de ansiedad y depresión, los porcentajes de respuesta desfavorable o insuficiente y las recaídas tempranas son más numerosos de lo deseable (7, 21). En estos casos, en la práctica clínica suele buscarse un aumento en la efectividad de la monoterapia intentada hasta el momento con la adición secuencial de la otra forma terapéutica, o sea, agregando medicación al tratamiento psicoterapéutico en curso o viceversa. Más allá del uso anecdótico o basado en el ensayo y error, varios estudios (8, 9, 10, 11, 22) han mostrado la utilidad de esta estrategia secuenciada. En el caso particular de la psicoterapia adicionada al tratamiento

farmacológico (la fórmula más estudiada), se ha demostrado que la misma incrementa la mejoría de los síntomas residuales, favorece la discontinuación de la medicación y reduce las probabilidades de recaída posteriores(15, 20).

Podemos decir, entonces, que el uso de tratamientos combinados, de forma simultánea o secuencial, constituye una opción viable y fundamentada en numerosos casos. Es claro que la utilidad clínica de los tratamientos combinados habilita el espacio para la colaboración entre psiquiatras y psicólogos, pero no la predica. Esto es, la práctica de la psicoterapia dentro de un tratamiento combinado puede ser ejercida tanto por un psicólogo como por el mismo psiquiatra que administra la medicación (o eventualmente, y esto suena extraño, por otro psiquiatra ajeno a la medicación). Pero ¿por qué planteamos estas opciones? Si tanto psicólogos como psiquiatras pueden llevar adelante la psicoterapia adicional a la farmacoterapia, sería lógico pensar que cualquiera de los dos, indistintamente, la haga efectiva dependiendo del origen de la derivación, la disponibilidad, las preferencias, etc. Sin embargo, desde el punto de vista de la evidencia, la respuesta no es tan sencilla. Existen dos consideraciones a tener en cuenta. Primero, si se evidenciara mediante estudios empíricos que uno u otro efector obtiene resultados consistentemente superiores que su contraparte, entonces el mismo se convertiría en el actor privilegiado de la obra. Segundo, si se demostrara, igualmente, que resulta significativamente más beneficioso que el tratamiento recaiga en un único efector que en dos separados, entonces el trabajo en colaboración estaría desaconsejado. En los próximos apartados, se intentará revisar la evidencia sobre estas dos cuestiones.

2.2. ¿Son más eficaces los psicólogos o los psiquiatras haciendo psicoterapia?

Son escasos los estudios que han planteado esta pregunta, sin embargo, podemos rescatar tres estudios importantes. El primero de ellos es el ya clásico meta-análisis de Smith y Glass de 1977(25). En este trabajo, pionero en el empleo de la metodología meta-analítica para la evaluación de la eficacia de la psicoterapia, se consideró entre otros aspectos la relación entre el resultado de la psicoterapia y la formación profesional de los terapeutas. En este sentido, se observaron resultados que favorecían ligeramente a los psicólogos por sobre los psiquiatras.

En un segundo estudio famoso, el Proyecto Colaborativo de Investigación del Tratamiento de la Depresión del Instituto Nacional de Salud Mental de los EE.UU., se exploró la efectividad de los 24 terapeutas participantes(3). En función de los resultados obtenidos por cada sujeto, se los clasificó en tres categorías: más efectivos, moderadamente efectivos y menos efectivos. Con respecto a la formación profesional, se pudo ver que entre los terapeutas más efectivos existía mayor proporción de psicólogos que de psiquiatras, y en general, los terapeutas más efectivos presentaban una concepción más psicológica que biológica.

Por último, podemos mencionar la encuesta publicada en la revista americana *Consumer Reports* sobre el uso de la psicoterapia(24). 4100 lectores que habían realiza-

do una psicoterapia respondieron evaluando su utilidad y otras características de la misma. Sobre el problema que nos ocupa, una proporción similar de pacientes atendidos por psicólogos y psiquiatras refirieron mejoras a causa del tratamiento.

Ninguno de estos estudios, sin embargo, constituye, metodológicamente hablando, un test directo de la eficacia comparativa de psiquiatras y psicólogos. Se trata, en el mejor de los casos, de análisis secundarios y, aún teniendo en cuenta esto, los resultados no son claramente significativos en una dirección u otra. De acuerdo con la revisión de Beutler y cols.(2) sobre las variables del terapeuta que afectan el resultado de la psicoterapia es probable que no se puedan establecer diferencias netas estudiando únicamente a los terapeutas por su formación profesional, sino más bien atendiendo al contenido específico de su entrenamiento y la experiencia clínica acumulada.

2.3. ¿Es más eficaz el tratamiento integrado o el de colaboración?

Suele citarse como una ventaja del tratamiento integrado (o sea, aquel en el cual un mismo profesional psiquiatra atiende los asuntos relacionados con la medicación y la psicoterapia) el hecho de evitar contradicciones o conflictos en la comunicación con el paciente. Esto debería redundar, lógicamente, en mejores resultados que un tratamiento en colaboración (o sea con dos profesionales a cargo de la medicación y la psicoterapia). Ningún estudio empírico, hasta hoy en día, ha testado esta hipótesis.

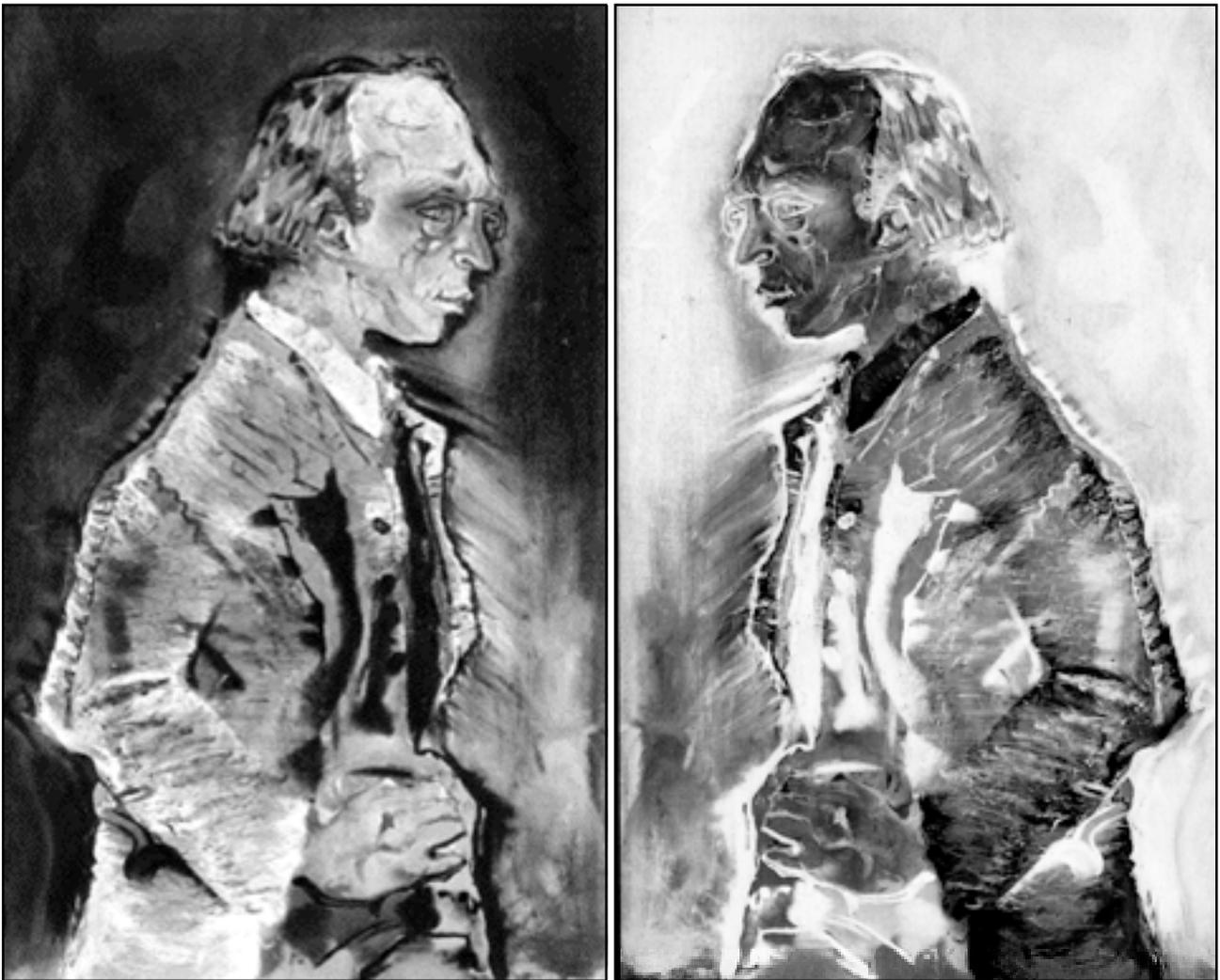
Por otro lado, se suele referir como una ventaja de los tratamientos en colaboración su mayor conveniencia económica (puesto que la hora profesional del psicólogo suele ser menos costosa que la del psiquiatra). Sin embargo, dos estudios(13, 6) desmienten esta presunción y muestran que en ciertas condiciones el tratamiento integrado puede ser menos costoso. Uno de los estudios(6) alude en el título y las conclusiones a la relación costo-efectividad del tratamiento integrado, aunque, increíblemente, no presenta ninguna medición de resultados.

Pues bien, podemos afirmar que no existe evidencia de que el tratamiento integrado (con un único efector) sea mejor que el de colaboración o viceversa, ni en su efectividad ni en su eficiencia (o costo-efectividad).

2.4. Corolario de colaboración número uno

Los tratamientos combinados de medicación y psicoterapia resultan una opción válida como recurso clínico. Tanto psiquiatras como psicólogos constituyen agentes viables para el ejercicio de la psicoterapia y no existen estudios que demuestren que un único efector es más efectivo que dos.

En el contexto de los tratamientos combinados, y teniendo en cuenta la creciente necesidad de especialización de los psiquiatras, su número más limitado y la equivalencia entre especialidades en el ejercicio de la psicoterapia, es de esperar que los tratamientos en colaboración se difundan cada vez más.



3. Las intervenciones de colaboración y la perspectiva “unicista”

El enfoque tradicional separa las llamadas técnicas biológicas de las técnicas psicológicas. Las operaciones psicoterapéuticas sobre las conductas, emociones o cogniciones quedarían encuadradas dentro de estas últimas, mientras que la farmacoterapia lo haría dentro de las técnicas biológicas. Según este esquema, los tratamientos de una y otra clase se desarrollan “en paralelo”, sin otra interfaz que la derivación u otro contacto ocasional entre los profesionales tratantes. Las cuestiones que atañen a la medicación corresponden al médico psiquiatra tratante y las cuestiones “psicológicas” al psicoterapeuta. Asimismo, en lo que respecta a los diseños experimentales, los estudios de resultados son planteados o bien en términos de “psicofármacos vs. psicoterapia” o bien como componentes independientes cuyo aporte específico es necesario estimar.

Ahora bien, cuando el paciente rehúsa tomar su medicación o la olvida sistemáticamente, ¿quién debe intervenir? ¿Es un problema de la exclusiva incumbencia del psiquiatra o el psicólogo puede y debe intervenir? ¿Qué tipo de intervenciones resulta más eficaz en ese contexto?

En este sentido, cabe aducir que la intervención clínica farmacológica no puede reducirse a la explicación de la acción del compuesto químico sobre la molécula

receptora en el cerebro y su efecto en términos de funcionamiento neural. Una serie de factores más amplios participan de la eficacia del tratamiento farmacológico, como ser la relación médico-paciente, la formulación comunicacional de la prescripción y sus fundamentos terapéuticos (esto es, los motivos por los cuales se indica el fármaco), las creencias y actitudes del paciente y la familia hacia la medicación, y, como dijimos, el cumplimiento efectivo de la indicación, entre otros elementos(28).

De acuerdo con esta idea “unicista” (por oposición al enfoque “dualista”), existe cada vez mayor consenso en cuanto a la productividad de pensar los tratamientos en forma de programas cuya eficacia reside no sólo en sus componentes aislados sino en su aproximación integrada (lo cual se hace patente, antes que en cualquier otro caso, en el abordaje de pacientes graves). Según esta concepción, los aspectos estrictamente biológicos (entendiendo por tales los niveles de análisis e intervención anatomofisiológicos y moleculares) y los aspectos psicológicos (conductuales, cognitivos, emocionales e interpersonales) se entremezclan en cada una de las intervenciones y no pueden muchas veces trazarse distinciones tajantes entre unos y otros. Para ilustrar esta perspectiva “unicista” de los tratamientos revisaremos en lo que sigue el caso de la psicoterapia del trastorno bipolar.

3.1. Un caso ejemplar: el tratamiento de los trastornos bipolares

El rol de la psicoterapia en el trastorno bipolar estuvo durante muchos años relegado, en el mejor de los casos, al de un discutido soporte inespecífico, sin fundamentos empíricos ni guías prácticas, y sustentado principalmente por algunas voces que hacían hincapié en la importancia de aliviar el tremendo impacto que significa la enfermedad bipolar en la vida de quienes la sufren.

En este contexto adverso a la psicoterapia, algunas limitaciones del tratamiento farmacológico comenzaron a volverse evidentes. En primer lugar, aún en tratamiento con medicaciones adecuadas, una importante proporción de pacientes manifiesta recaídas frecuentes(12); en segundo lugar, tras la remisión de un episodio afectivo agudo, los pacientes cursan vastos períodos de tiempo con síntomas sindrómicos y sub-sindrómicos remanentes –especialmente de tipo depresivo– que se asocian a una marcada disminución en la funcionalidad(16, 17, 18). Por último, los problemas en la adherencia afectan la respuesta total a la medicación, aumentando las probabilidades de recurrencias y de rehospitalización en los pacientes no-adherentes(23, 26).

Frente a estos problemas en el abordaje del trastorno bipolar, la utilidad de modelos psicoeducacionales similares a los aplicados en la esquizofrenia no pasó desapercibida, y motivó su empleo clínico tentativo, aún sin demostrar su eficacia. Estas influencias, sin embargo, generaron en la última década un importante movimiento hacia la puesta a punto de intervenciones sustentadas empíricamente. Como consecuencia, una nueva etapa en la psicoterapia de los trastornos bipolares se cristalizó con la publicación de los primeros ensayos clínicos metodológicamente rigurosos a partir de 1999. Las claves de esta suerte de renacimiento de la psicoterapia de la bipolaridad pueden resumirse en los siguientes puntos:

1. La adopción del modelo de vulnerabilidad/estrés como base conceptual del tratamiento (esto es, la interacción entre los factores biológicos y psicosociales en el desencadenamiento del trastorno, su curso y la respuesta al tratamiento, sobre la base de una vulnerabilidad biológica).
2. La selección de blancos terapéuticos específicos sustentados en la literatura empírica sobre los factores psicosociales que influyen el curso del trastorno bipolar, mensurables y modificables a través de intervenciones psicológicas.
3. El empleo de intervenciones estructuradas y bien pautadas.
4. La evaluación de la eficacia de los procedimientos psicoterapéuticos mediante estudios controlados aleatorizados.

Estos claros principios pueden leerse como un “giro copernicano” en la psicoterapia del trastorno bipolar orientándola a la potenciación del tratamiento farmacológico dentro de una estrategia y un modelo etiopatogénico integrado. Así, los tratamientos psicosociales complementarios a la medicación, en conjunto, han mostrado de manera consistente un efecto beneficioso en la prevención de recaídas y hospitalizaciones, tal como lo confirma el meta-análisis efectua-

do por Gutiérrez y Scott(14). Este efecto es especialmente sostenido en los pacientes que reciben psicoeducación grupal o familiar durante la fase de remisión interepisódica.

El mecanismo de acción de los diferentes procedimientos efectivos en la prevención de recaídas muestra varios elementos en común, a saber, el refuerzo de la adherencia a la medicación y la conciencia de enfermedad, el énfasis en la regularidad de ritmos y rutinas cotidianas y la detección de pródomos. Asimismo se observa que a mayor dosis de sesiones (alrededor de 20), mayor respuesta al tratamiento. La comparación con exigentes controles en varios de los estudios indica que la provisión de tratamientos específicos y estructurados reviste beneficios significativamente mayores que la contención inespecífica.

El estudio de Colom y cols.(4) es quizás el mejor representante de este enfoque. Estos autores llevaron a cabo un riguroso ensayo aleatorizado con 120 pacientes bipolares de tipo I y II con el objetivo de evaluar la eficacia de un dispositivo de psicoeducación grupal. El programa estudiado consistió en 21 sesiones de 90 minutos de duración dirigidas a mejorar cuatro áreas principales: conciencia de la enfermedad, adherencia al tratamiento, detección temprana de síntomas prodrómicos y recurrencias, y regularidad en el estilo de vida. Como resultado, al cabo de 2 años se observó una disminución significativa de la proporción de pacientes que presentaron recurrencias de cualquier tipo en el grupo que recibió psicoeducación en comparación con el grupo control (67% y 92% respectivamente), se constató una disminución significativa en el número total de episodios afectivos y el tiempo permanecido en estado de remisión resultó significativamente más prolongado en el grupo psicoeducado. Por último, los pacientes psicoeducados mostraron concentraciones de litio más elevadas que los controles a los 6, 18 y 24 meses, además de presentar niveles más estables que el grupo control a lo largo de todo el estudio(5).

3.2. Corolario de colaboración número 2

Existe una tendencia, basada en la evidencia, hacia el empleo de programas de tratamiento en colaboración en el abordaje de ciertas problemáticas de la salud mental, con resultados notoriamente positivos. Estos programas, en su concepción unicista, no reparan en las diferencias profesionales, sino que, por el contrario, apuntan a su potenciación. En el caso del trastorno bipolar es evidente que la integración del trabajo que puede realizar un psicólogo (no volveremos a discutir el apartado anterior aquí) refuerza la efectividad del tratamiento farmacológico y, en sentido inverso, la contemplación de los factores biológicos ha dotado al enfoque psicosocial de una eficacia de la que no disponía.

4. El trabajo con casos difíciles y el rol del equipo

4.1. La comunicación del equipo y sus enfermedades

Ya mencionamos con anterioridad una de las críticas más recurrentes que se efectúan en contra de los

tratamientos en colaboración, a saber, la posibilidad de incurrir en contradicciones o conflictos dentro del equipo. Esto puede ocurrir o bien porque el equipo no se encuentra suficientemente bien conformado o consolidado en sus aspectos conceptuales o interpersonales, o bien porque el equipo cae atrapado en la triangulación o división que le "propone" un paciente difícil. Algunos autores(27) sostienen la idea de que frente a estos pacientes sería más adecuado un tratamiento unipersonal (como dijimos antes, integrado) para evitar esos problemas en la comunicación. Esta idea se basa en el supuesto, por lo menos dudoso y lineal, de que un único profesional a cargo es menos propenso a caer en contradicciones y conflictos en la atención de un paciente complicado. Los mensajes serían, de este modo, más claros y directos. Sabemos, sin embargo, que una persona (en este caso, un profesional) puede experimentar sentimientos contrarios hacia un objeto, y que esas reacciones emocionales conflictivas pueden ser muy difíciles de resolver y guiar. Por experiencia, conocemos el impacto y el desgaste que ciertos pacientes pueden producir en nuestra persona y, por lo tanto, creer que sobrellevar una relación conflictiva unipersonal es más fácil o conveniente que hacerlo dentro de un equipo es un supuesto realmente muy controvertido y que requeriría una puesta a prueba con otro tipo de argumentos. En esta línea, no existe ninguna investigación que demuestre la hipótesis de que tratar a los pacientes (fáciles o difíciles) en forma unitaria es más eficaz, productivo, o incluso que produzca menos problemas, que tratarlos en forma de colaboración.

4.2. ¿Qué es un caso difícil?

En un estudio reciente(29) llevado a cabo con 98 profesionales (psicólogos y psiquiatras) del Centro Privado de Psicoterapias se intentó explorar las características de los casos experimentados como "difíciles" por los profesionales. Entre muchas variables, se buscó determinar el tipo de dificultad más frecuente experimentada con los pacientes, el diagnóstico de los mismos y los eventos o situaciones sucedidos en el proceso de tratamiento. Con respecto a lo que nos ocupa, podemos seleccionar los siguientes resultados. En principio, el tipo de dificultad más comúnmente experimentado estaba relacionado con el estilo de personalidad del paciente o con las complicaciones para conducir el tratamiento. Congruentemente, el 60% de los casos considerados "difíciles" presentaba, a juicio del profesional tratante, un trastorno de personalidad. Ahora bien, ¿qué percepción tenían los terapeutas del funcionamiento del equipo de trabajo? Con respecto a los desacuerdos o conflictos de equipo, un 26,6% de los profesionales manifestó haber experimentado problemas de ese tipo, mientras que un 73,4% no. Por el contrario, interrogados sobre el apoyo percibido por parte del equipo, un 86,2% refirió haber experimentado tal apoyo, mientras que un 13,8% no. O sea que, muchos más profesionales expresan el apoyo del equipo que sus conflictos, y de manera notable, la mayoría de los que expresaron desacuerdos en el equipo, a su vez mencionaron la percepción positiva de apoyo (88%). Sobre la base de estos resultados, por supuesto no generalizables ni de-

terminantes sin mayores precisiones, podríamos decir que para ese tipo de pacientes la presencia de un equipo tratante tiende a ser percibida por los profesionales como una fuente de apoyo, más que como el origen de problemas operativos. Por supuesto, las características del equipo pueden ser determinantes para esta percepción, a saber: el grado de cohesión teórica, el nivel de entrenamiento, los años de experiencia conjunta, la frecuencia e intensidad de reuniones y supervisión, etc.

4.3. La percepción del paciente

A tono con la insuficiencia de estudios sobre esta temática, se ha publicado una única encuesta(1) sobre la percepción de los pacientes respecto de los tratamientos que involucran más de un profesional (psiquiatra y psicólogo). La mayoría de los pacientes (un 82%) manifestó que el tratamiento con dos profesionales era de más ayuda, un 6% de menor ayuda y un 8% se manifestó indiferente. Respecto de los mensajes conflictivos entre uno y otro profesional, un 72% de los pacientes manifestó que ese problema nunca ocurrió, un 12% que ocurrió ocasionalmente, un 8% a veces y un 2% la mayoría del tiempo. Los autores refieren asimismo que los pacientes mostraron un correcto entendimiento de los roles diferentes de cada profesional, y concluyen que la imagen de los tratamientos en colaboración por parte de los usuarios tiende a ser positiva.

4.4. Corolario de colaboración número tres

No existe evidencia empírica que sostenga la creencia de que los tratamientos en colaboración son más proclives a las dificultades de comunicación o conflictos en la relación con el paciente. Por el contrario, el trabajo en equipo puede ser percibido como un factor positivo por los profesionales y los pacientes. El equipo puede funcionar como un elemento de apoyo en el tratamiento de casos difíciles.

5. Conclusiones

Como resultado de esta revisión podemos concluir que la literatura empírica sobre los tratamientos en colaboración entre psiquiatras y psicólogos es verdaderamente escueta y fragmentaria. No obstante ello, podemos inferir y rescatar algunas tendencias sobre las cuales crecen –y de manera plausible crecerán en el futuro– los tratamientos en colaboración:

1. En primer lugar, la eficacia de los tratamientos combinados para el tratamiento de los pacientes más severos, junto con la equivalencia en el desempeño de psicólogos y psiquiatras en el ejercicio de la psicoterapia;
2. En segundo lugar, el desarrollo de programas de tratamiento en colaboración por definición e inspirados en una visión "unicista" de los problemas de la salud mental;
3. La percepción del trabajo en equipo como un recurso frente a los aspectos más problemáticos y desgastantes de la atención de pacientes.

En función de estas tendencias podemos afirmar, en términos generales, que los tratamientos en colabora-

ción constituyen una opción viable y efectiva en salud mental. Desde el punto de vista de la evidencia, no existe estudios precisos que desalienten el empleo de este tipo de dispositivo y, por el contrario, trabajos de diversa índole refuerzan la idea de que el trabajo en co-

laboración puede ser explotado con múltiples ventajas siempre cuando se integre en una estrategia coherente en cuanto a sus conceptos teóricos, al diseño de las intervenciones y al ensamblado ideológico del equipo tratante ■

Referencias bibliográficas

- Balon R, Martini S, Singareddy RK. Patient perspective in collaborative treatment. *Psychiatric Services* 2004; 55 (8): 945-946
- Beutler LE. et al. (2004) Therapist variables. En: Lambert, M. J. (Ed.). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (5th ed.). New York: Wiley
- Blatt SJ, Sanislow CA, Zuroff DC, Pilkonis PA. Characteristics of effective therapists: Further analysis of data from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996; 64: 1276-1284
- Colom F, Vieta E, Martínez-Aran A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A. et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60(4):402-7
- Colom F, Vieta E, Sánchez-Moreno J, Martínez-Aran A, Reinares M, Goikolea JM. et al. Stabilizing the stabilizer: group psychoeducation enhances the stability of serum lithium levels. *Bipolar Disord.* 2005; 7 Suppl 5:32-6
- Dewan M. Are psychiatrists cost-effective? An analysis of integrated versus split treatment. *Am J Psychiatry* 1999; 156(2):324-6
- Ellison JM, Harney PA. Treatment-Resistant depression and the collaborative treatment relationship. *Journal of Psychot-herapy Practice and Research* 2000; 9: 7-17
- Fava GA, Grandi S, Zielezny M. et al: Cognitive behavioral treatment of residual symptoms in primary major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 1994; 151:1295-1299
- Fava GA, Grandi S, Zielezny M. et al: Four year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. *Am J Psychiatry* 1996; 153:945-947
- Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, et al: Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy: preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 816-820
- Fava GA, Rafanelli C, Grandi S. et al: Six year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. *Am J Psychiatry* 1998; 155:1443-1445
- Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, Hammen C. Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152(11):1635-40
- Goldman W, McCulloch J, Cuffel B, Zarin DA, Suarez A, Burns BJ. Outpatient utilization patterns of integrated and split psychotherapy and pharmacotherapy for depression. *Psychiatr Serv.* 1998; 49(4):477-82
- Gutierrez MJ, Scott J. Psychosocial treatment for bipolar disorders --a review of randomized controlled trials. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2004; 254(2):92-8
- Hollon SD, DeRubeis RJ, Shelton RC, Amsterdam JD, Salomon RM. et al. Prevention of relapse following cognitive therapy versus medications in moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:417-22
- Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Maser J, Solomon DA. et al. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59(6):530-7
- Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Coryell W, Endicott J, Maser JD. et al. A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60(3):261-9
- Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Leon AC, Solomon DA, et al. Psychosocial disability in the course of bipolar I and II disorders: a prospective, comparative, longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(12):1322-30
- Lambert ME, Ogles BO. (2004) The efficacy and effectiveness of psychotherapy. En: Lambert, M. J. (Ed.). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (5th ed.). New York: Wiley
- Otto MW, Pollack MH, Sachs GS, Reiter SR, Meltzer-Brody S, Rosenbaum JF. Discontinuation of benzodiazepine treatment: efficacy of cognitive-behavioral therapy for patients with panic disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150:1485-90
- Paykel ES, Ramana R, Cooper Z, Hayhurst H, Kerr, J, Barocka A. Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression. *Psychol Med* 1995; 25: 1171-1180
- Paykel ES, Scott J, Teasdale JD. et al: Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56:829-835
- Scott J, Pope M. Self-reported adherence to treatment with mood stabilizers, plasma levels, and psychiatric hospitalization. *Am J Psychiatry* 2002; 159(11):1927-9
- Seligman ME. The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports study. *American Psychologist* 1995; 50, 965-74
- Smith ML, Glass GV. Meta-Analysis of psychotherapy outcome studies *American Psychologist* 1977; 32, 752-760
- Suppes T, Baldessarini RJ, Faedda GL, Tohen M. Risk of recurrence following discontinuation of lithium treatment in bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48(12):1082-8
- Thase ME, Jindal RD. (2004) Combining psychotherapy and psychopharmacology for treatment of mental disorders. En: Lambert, M. J. (Ed.). *Bergin and Garfield's handbook of psychot-herapy and behaviour change* (5th ed.). New York: Wiley
- Torrente F. Las bases psicológicas de la psicofarmacoterapia. *Vertex, Rev. Arg. de Psiquiat.* 1998, 9: 85-97
- Torrente F, Harf N, Margni A, Selem M, Vázquez L. (2005) Características de los casos complejos: la percepción de los terapeutas. Trabajo presentado en el *Congreso Mundial de Psicoterapias*, Buenos Aires

¿Coexistencia pacífica entre psiquiatras y psicoterapeutas?

Mónica Chan

Médica psiquiatra. Jefa de Sala de Internación psiquiátrica de Hombres del Hospital "Parmenio Piñero".
E-mail: mchan@intramed.net - Tel. 4804-6678

Introducción

Es un hecho que los tratamientos combinados en los cuales un psicoterapeuta y un psicofarmacólogo comparten la responsabilidad de un paciente son muchas veces conflictivos. Me pregunto si hay alguna posibilidad de que esto no sea así.

Los tratamientos compartidos reproducen las incertezas que nos atraviesan a cada uno de nosotros en la práctica. Estas incertezas y vacilaciones, si bien no son recientes, no estaban presentes en el inicio de nuestra actividad profesional. Digo esto porque creo que la cuestión de la causalidad en términos de oposición neurobiología/inconsciente no estaba sobre el tapete y porque, estando en formación, necesitábamos aferrarnos a explicaciones seguras avaladas por maestros y lecturas que idealizábamos a ultranza. Hoy pendulamos constantemente entre la creencia acerca del origen inconsciente de los síntomas y la causa neurofisiológica.

El asunto es cómo se juegan nuestras posiciones en ese paciente único. ¿Logramos que nuestras concepciones actúen sinérgicamente o las extremamos de una forma casi fundamentalista?

Muchos de nuestros pacientes realizan un doble tratamiento: reciben un fármaco y concurren a algún tipo de psicoterapia. En estos dobles tratamientos a veces prima la colaboración y otras, la disociación. Cuando un psicoterapeuta deriva su paciente a un psiquiatra, ¿experimenta una renuncia a su teoría de comprensión del aparato psíquico y por lo tanto a su instrumento terapéutico? Cuando el psiquiatra opta por sugerir una

psicoterapia, ¿siente que son insuficientes sus elementos de acceso y acción?

En general nadie duda de que no es posible intervenir exclusivamente desde la palabra con un paciente agitado, excitado, maníaco o suicida (y no sólo desde el punto de vista de la reducción sintomática cuantitativa sino también cualitativa) ya que es necesario que el paciente recupere cierto grado de control sobre sí mismo reduciendo lo perceptivo para dar lugar a la elaboración. Pero la discusión se abre en torno a todos los otros pacientes que, cuando iniciamos nuestra práctica los que tenemos una formación psicoanalítica, eran candidatos exclusivos a un abordaje a través de la palabra.

¿Cambiaron los pacientes o cambiamos nosotros? Ese paciente que, cada vez que tiene una relación sexual se ve compelido a hacerse un test de HIV, que invierte varias horas de su vida en contar y acomodar sus objetos, que revisa reiterada y angustiosamente la basura antes de desecharla, ¿se asemeja al "hombre de las ratas" freudiano? ¿Es exclusivamente un TOC del DSM? Su destino será marcado de acuerdo a cuál sea su primera consulta. Sorprendentemente eso tendrá que ver con las creencias del individuo que lo reciba y no con un protocolo de tratamiento establecido por consenso.

Si concurre a un psiquiatra comenzará a tomar altas dosis de antidepresivos, tal vez experimente algún alivio sintomático que le permita empezar a hablar de aquello que lo aqueja, momento en el que el psiquiatra podrá decidir su derivación.

Si, por el contrario, es recibido en primera instancia por un psicoterapeuta ingresará a un dispositivo domi-

Resumen

Se desarrolla la problemática concerniente al encuentro de psiquiatras y psicoterapeutas en el tratamiento de un paciente. Se discuten concepciones vigentes de enfermedad mental, etiopatogenia, lugar de cada terapeuta y transferencias escindidas que un tratamiento combinado provoca.

Palabras clave: Enfermedad mental – Tratamientos combinados – Etiopatogenia – Transferencias divididas

PSYCHIATRISTS AND PSYCHOTHERAPISTS: A PEACEFUL COEXISTENCE?

Summary

Particular issues concerning the meeting between psychiatrists and psychotherapists in patients' treatments are developed. Standing conceptions of mental illness, its etiopathogeny, the place of each therapist, and split transferences induced by combined treatment are discussed.

Key words: Mental illness – Etiopathogeny – Combined treatment – Split transference

nado por la acción de la palabra y tiempo después, porque la remisión no es la esperada o alguna otra razón, se le sugerirá una consulta de medicación.

El tema es cómo ambos profesionales evalúan la derivación que ellos mismos propiciaron. Si, en el mejor de los casos, la interconsulta obedece a una creencia en la multideterminación de los síntomas, ¿cómo se procesa este complejo concepto? ¿Cómo pensamos la simultaneidad de intervenir en la dimensión del discurso y en la recaptación aminérgica? Es, en mi opinión, una discusión pendiente que siempre corre el riesgo de rápidas concesiones diplomáticas o respuestas descalificatorias; pero ambas encubren una dificultad. Me pregunto si esta dificultad es clínica o es de los clínicos que necesitamos un anclaje seguro, una convicción que no sólo avale nuestro accionar sino que también lo instale como único posible. ¿Hasta qué punto aceptamos que ese paciente que padece esquizofrenia ha padecido posiblemente una alteración del neurodesarrollo, cambios en la transmisión dopaminérgica, una madre esquizofrenógena y que, además, puede beneficiarse desplegando sus temores y persecuciones? El problema se suscita, creo, cuando queremos hacer de estas posibilidades una teoría etiopatogénica fundante y exclusiva. La instalación de algún tipo de supremacía o, como contracara, la proyección de nuestra insuficiencia conduce inevitablemente a privar a nuestro paciente de una alternativa más de alivio a su sufrimiento; alternativas que sólo son antagónicas cuando son sopesadas por una engeguada pertenencia teórica.

Los argumentos que se esgrimen a favor o en contra de una u otra conducta terapéutica son, a mi gusto, pobres. Que el psicoanálisis no ofrece una investigación formalizada de sus resultados; que la psiquiatría, llamada a ser sólo una psiquiatría psicofarmacológica, elimina la dimensión subjetiva, trabaja superficialmente sobre los síntomas; que sólo responde a la propaganda de la industria... Como dice Elisabeth Roudinesco: "Prescriptos tanto por médicos clínicos como por los especialistas de la psicopatología, los psicotrópicos tienen por resultado normalizar la conducta y suprimir los síntomas más dolorosos del sufrimiento psíquico sin buscar su significación". Estos argumentos no pueden conformarnos(5).

¿Hay una sola manera de comprender la enfermedad? Pareciera que cuando encaramos formalizaciones teóricas, sí. Pero, en nuestra práctica clínica, lo observable es muy distinto. Cuando indicamos un antidepresivo, ¿instantáneamente nos olvidamos del posible objeto que ensombreció al yo? A veces, sí. Si el antidepresivo resuelve la problemática, ¿por qué derivar al paciente a un dispositivo psicoterapéutico? Desde el punto de vista de los costos, la respuesta es fácil y rápida.

Por otra parte, muchos de nosotros hemos experimentado que un paciente bipolar, adecuadamente medicado y con excelente adherencia al tratamiento, se descompensa. Probablemente esa descompensación se relaciona con un descuido de la vertiente subjetiva.

Nuestras prácticas son inexactas. ¿Cómo tolerarlo? Conviven distintos niveles de comprensión y resulta sumamente complejo establecer vínculos entre nuestros gestos técnicos y una posible formalización teórica. Dice Lanteri-Laura: "... la distancia que separa la actividad cotidiana, clínica y terapéutica, de las teorizaciones ha aumentado mucho (...) y carecemos completamente de

una teoría de la práctica capaz de dar cuenta de manera reflexiva de esas prácticas mismas"(3).

La cuestión teórica, la que se refiere a la concepción del aparato psíquico que sustenta nuestra práctica, es una polémica (interna y entre colegas) no saldada. Justamente una polémica, no una pulseada.

Cuando son dos los terapeutas responsables de ese tratamiento combinado, tal vez cada protagonista tiene asegurado un marco de acción relativamente claro. Digo "tal vez" pues suelen sucederse momentos en los cuales, alternativamente, uno de ellos se encuentra en una posición de inferioridad o -al decir de Recamier- desinvertido. Cuando el paciente habla de la astenia, la somnolencia o la falta de concentración que le producen los fármacos que recibe, ¿quién contesta esa demanda? ¿En qué lugar deja a cada terapeuta? ¿Quién asume el tema del diagnóstico y del pronóstico?

Frecuentemente, es un solo terapeuta quien encara ambos tratamientos y es en él en donde se instala un campo de batalla en el que se juega la crisis de paradigmas. Ante una depresión deberá decidir cuándo moderar lo sintomático y cuándo proponer una estrategia introspectiva. Resulta difícil conciliar la prescripción de un medicamento y la interpretación: cualquier consejo o indicación rompe la regla fundamental, produciéndose un clivaje en el terapeuta. Se requiere una actitud bifocal o bilingüe(1). Es frecuente que se atraviese por momentos de indecisión como consecuencia de esa doble pertenencia y, muchas veces, se apela al recurso de la medicación cuando no se comprende un material o en momentos de estancamiento del tratamiento.

Lambert se pregunta si existe una explicación con valor heurístico para esta contigüidad de experiencias. ¿Cómo se articulan una sustancia química y una palabra interpretativa?(2)

Otro aspecto que no puede soslayarse es la familia, casi siempre presente en el tratamiento de pacientes graves. ¿Quién es el interlocutor? ¿Con qué terapeuta establecen alianza y por qué? ¿Con el bueno y tranquilizador? ¿Con el malo y distante? ¿Con el que se abstiene? ¿Con el que habla de diagnóstico, pronóstico y da indicaciones? No importa quién cumple estas funciones (de hecho son intercambiables), lo importante es cómo nos posicionamos ante esas conductas. Dicha posición dependerá, nuevamente, de cómo pensamos el padecimiento mental, cómo combinamos en este caso la neurobiología y las concepciones que involucran a la familia. Debemos tener presente que este es un terreno de fáciles manipulaciones cuya incidencia hay que sopesar adecuadamente moderando la emoción expresada, obteniendo la colaboración y estableciendo un vínculo que no excluya al enfermo ni a sus familiares, tampoco al psicoterapeuta ni al psiquiatra.

¿Existen en la práctica clínica dispositivos puros: sólo abstinencia o sólo prescripción? Creo que no, aunque frecuentemente se proclame lo contrario, casi en forma arrogante.

Es un hecho que hay pacientes que necesitan fundamentalmente un abordaje psicoterapéutico, otros psicofarmacológico y muchos, ambos. Debemos seguir trabajando para que los distintos acercamientos que proponemos no sólo sean compatibles sino para que cada profesional implicado proteja el espacio terapéutico del otro. Es decir, que el psicoterapeuta contribuya al cumplimiento del tratamiento farmacológico y



que el psiquiatra propicie la exploración de la causalidad psíquica. Con frecuencia comprobamos que los efectos adversos de los fármacos resultan más o menos perturbadores para un sujeto en consonancia con su historia personal(4) apareciendo aquí uno de los posibles lugares de encuentro entre ambos terapeutas. Constituir equipos terapéuticos en los cuales se practi-

que la discusión clínica honesta, sin temor a enfrentamientos, para que allí se juegue el disenso y no se actúe frente al paciente.

Para que el paciente no se pierda en un laberinto de propuestas terapéuticas será necesario deponer saberes omnipotentes y mantener un equilibrio sin transformar nuestra práctica en un híbrido ■

Referencias bibliográficas

1. Gabbard G, Kay J. The fate of integrated treatment: Whatever happened to the Biopsychosocial Psychiatrist? *Am.J.Psychiatry* 2001; 158:1956-1963
2. Lambert PA. *Psychanalyse et Pharmacologie*. Ed.Masson, Paris, 1990
3. Lanteri-Laura G. *Essai sur les paradigmes de la Psychiatrie moderne*. Editions du temps, Paris, 1998
4. Powell AD. The medication life. *J Psychotherapy Pract.* 2001:217 -222
5. Roudinesco E. *Por qué el psicoanálisis*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 2000

¿Psicofármacos como psicoterapia?

Hugo Hirsch

Director del Centro Privado de Psicoterapias.

Av. Libertador 6049 Piso 1º Depto "A", Ciudad de Buenos Aires (1428). Tel: 4706-0102. E-mail: hhirsch@cpp.com.ar

Introducción

Viene un señor para consultarme por su impedimento para viajar en avión. Relata que volar le produce tanta ansiedad que ya se había resignado a vivir sin hacer viajes distantes, pero ahora tiene un hijo en el exterior que hace un par de meses le informó que se radica definitivamente allí. Por un lado siente que le es imprescindible volar; por el otro, la sola idea de hacerlo lo aterra. Su historia es relativamente habitual. Durante años pudo volar, luego un incidente relativamente menor desencadenó una ansiedad creciente que lo fue limitando cada vez más. Ha hecho terapia varias veces por este problema, pero a la hora del balance, el resultado no puede calificarse de positivo. Si bien en alguna oportunidad hace un par de años consiguió hacer dos vuelos cortos, eso no constituyó estímulo suficiente como para que se animase a volar de nuevo luego. Le pregunto sobre su grado de optimismo respecto a que el tratamiento resulte. Me dice que es bajo, aunque desea enormemente que tenga éxito. Sucede que ya la idea de enfrentar el tema le produce ansiedad, y su historia de fracasos lo amilana. Ha probado de todo, desde la clásica (en nuestro medio) terapia psicoanalítica hasta diversas formas de desensibilización. Indago por el uso de medicación. La ha usado, cuando podía volar, inmediatamente antes y durante el vuelo. Lo ayudaba un poco, pero se sentía "boleado", sin que el efecto positivo fuese suficiente. Es claro que no recibió ayuda sistemática en ese sentido, pero que tampoco exploró a fondo la posibilidad. Quiere, necesita un tratamiento corto, y algo "distinto", ya que siente que probó lo conocido. Volver a hacer una terapia de desensibilización lo desa-

nima, porque si bien tuvo un éxito parcial, siente que le va a costar tanto hacerlo que va a abandonar.

Estamos ante alguien que quiere cambiar (lo que no siempre es el caso), pero cuya experiencia le dice que no va a poder. En el estado de ánimo en el que está, teme fracasar en casi cualquier tarea que le sugiera y eso lo predispone a ello.

"Tenemos que buscar –le digo– algo que usted pueda hacer para enfrentar su miedo, pero tiene que ser algo en lo que probablemente tenga éxito. Usted tiene tanto miedo que evita de todas las maneras posibles hasta pensar en el tema. Ya es un esfuerzo haber venido hasta aquí y hablarme de la cuestión. Puede hacerlo por un rato, pero teme no poder sostenerlo. Tenemos que buscar algo que le permita enfrentar durante bastante tiempo –todos los días– su miedo lo suficiente como para que usted pueda tener una primera etapa exitosa que le permita volver a tener fe en su capacidad de enfrentar el problema. Hay remedios que lo pueden ayudar a que usted se sienta menos angustiado, más optimista, que lo doten de un escudo ante el miedo. Sin embargo, sus efectos suelen aparecer sólo después del mes de comenzar a ingerirlos. Entretanto, si usted realmente se decidiese a tomarlos, al tomar cada píldora, durante los segundos en los que recuerda que la tiene que tomar, la mira y la traga, está enfrentándose a su miedo, porque piensa en él y porque está haciendo algo para manejarlo. Es una tarea difícil, porque implica cada día, durante treinta días, volverse a enfrentar a su miedo. Necesitamos un primer éxito, para que vuelva a confiar en usted mismo. Ese primer éxito no depende de los efectos del medicamento, sino de su decisión. Creo que hay una buena posibilidad de que algunos días le cueste to-

Resumen

Si el psicoterapeuta considera las implicancias psicológicas de la medicación, puede desarrollar intervenciones muy importantes para el resultado del tratamiento. Se ofrecen diversos ejemplos en ese sentido. Como símbolo, metáfora y rito, la medicación puede ser utilizada mucho más de lo que suele hacerse. Más que un tratamiento paralelo, con ese material puede construirse una parte central de la propia psicoterapia.

Palabras clave: Medicación – Psicoterapia – Tratamientos combinados

PHARMACOTHERAPY AS PSYCHOTHERAPY?

Summary

If the psychotherapist considers the psychological implications of the medication, he can develop very important interventions for the result of the treatment. Diverse examples in that sense are offered. Like a symbol, a metaphor and a rite, the medication can be used much more than which it usually does. More than a parallel treatment, it is a material with which a central part of psychotherapy can be constructed.

Key words: Medication – Psychotherapy – Combined Treatments



mar. ¿Cree que a pesar de todo podría hacer algo así y sostenerlo? ¿Durante todo un mes?”

La descripción que antecede busca ejemplificar un concepto: es posible pensar la indicación de psicofármacos, la ingesta de los mismos, sus efectos positivos y negativos, como parte de la psicoterapia.

Mucho se ha escrito sobre la efectividad de la psicoterapia *versus* la psicofarmacoterapia o las ventajas de los tratamientos combinados. La superioridad de estos últimos en algunos cuadros ha sido verificada, pero en muchos otros (ansiedad y depresión) los hallazgos han sido contradictorios(1). Pese a esa falta de evidencia, la terapia combinada parece ser cada vez más frecuente. Independientemente de la prudencia con la que la combinación deba ser considerada, es claro que en muchos casos en los que tiempo atrás se hubiera utilizado sólo psicoterapia, hoy se utiliza también medicación. La resistencia a su uso –tanto en terapeutas como en pacientes– se ha vuelto más infrecuente. Los psicofármacos se están transformando –o se han transformado ya– en instrumentos culturalmente validados de cambio y curación. Más allá de sus efectos farmacológicos constituyen un intermediario para interacciones entre el terapeuta, el paciente y su entorno. Llamar a esto “efecto placebo” sólo tiende un manto de oscuridad sobre aquello que, entendido y utilizado, se convierte en un potente instrumento psicoterapéutico.

No es infrecuente que haya tres tratamientos en la práctica del tratamiento combinado cuando es administrado por una psiquiatra y un psicólogo¹. La psiquiatra medica pero al mismo tiempo conversa sobre los problemas del consultante y la conversación discurre bas-

tante más allá de la medicación *per se*. Se constituyen así dos tratamientos, no necesariamente concordantes con el tercero, desarrollado por el otro profesional. En realidad, la existencia frecuente de los tres tratamientos, cuando hay dos profesionales, es producto de las necesidades del paciente, para quien es natural plantear su problemática en conjunto. Limitarse a diagnosticar, percibir, instruir, evaluar efectos y ajustar la medicación implica un ejercicio de autolimitación difícil para el psiquiatra y no siempre aconsejable para el paciente. Por ello, no propongo eliminar esta segunda “psicoterapia”, sino señalar que alguna de las dos en curso debería ocuparse de la medicación como psicoterapia.

Sugiero que por un rato consideremos que lo haga el terapeuta no médico. ¿Qué le dice al paciente y a la familia de la medicación? ¿Cómo se lo dice? Muy frecuentemente la medicación corre por un lado y la psicoterapia por otro. Si va a haber medicación, pensemos en el proceso psicológico que implica que la persona esté decidida a tomar medicamentos. ¿Qué efectos y miedos le produce? ¿Qué impacto tiene en sus relaciones con los demás?

Analícemos la cuestión desde una perspectiva más amplia. Si la persona deja de fumar, o incorpora el deporte a sus hábitos de vida o toma medicación o hace psicoterapia, ello implica reorganizaciones personales muy profundas. En todos y cada uno de estos casos, pueden verse motivos, decisiones, hábitos, perspectivas de sí mismo, etc.. Del mismo modo que es posible dedicar la sesión a las resistencias que puede suscitar la práctica de ejercicio y a los cambios que esta práctica implica en términos de autoconcepto, cambios de unos motivos por otros, impacto en las relaciones con terceros, etc., es posible dedicarla a la medicación y todos esos aspectos. Eso implica una perspectiva en la cual el tera-

1. Para no caer en pecados feministas o machistas uso una vez cada género

peuta está pensando en los efectos de esa práctica desde el punto de vista psicológico. Dicho de otro modo, puedo discutir con mi paciente la decisión de hacer o no gimnasia con una mirada puesta en cómo el proceso de hacerla es un ejemplo de los procesos necesarios dentro de la terapia. También puedo ver cómo la terapia se puede beneficiar del hecho de que la persona haga gimnasia y cómo puedo hacer para que mientras la haga piense en aspectos de su terapia. Supongamos que la persona encuentra el tiempo para salir a caminar con su pareja. Aquí hay cuestiones relativas al bienestar físico, al contacto con la pareja, a la creación de un espacio de discriminación entre la pareja y los hijos, etc. Adecuadamente considerados, no hay ejercicio por un lado y terapia por el otro, sino la consideración de esa práctica deportiva como parte de la terapia global.

Al pensar la medicación desde esta perspectiva, abrimos la puerta a intervenciones que facilitan los cambios que el paciente necesita realizar.

Siguen algunos ejemplos²:

1. Paciente con diversos tipos de miedos y preocupación. El psiquiatra, en este caso psicoterapeuta, dice: "Estamos pensando que una posibilidad adicional de ayudarte es sugerirte una medicación, pero no estamos seguros. Como te dijimos antes, cualquier forma de tratamiento de los miedos implica enfrentarlos, pero eso implica que aumentan antes de disminuir. Si te damos esta medicación, lo primero que va a pasar es que vas a tener más miedos de los que tenés, porque vas a tener también el temor a los efectos secundarios. No sabemos si ya estás listo para tener más miedos de los que ya tenés antes de que puedas empezar a disminuirlos y, por eso, no estamos seguros respecto a la conveniencia de proponerte medicación ahora".

2. Paciente con una larga trayectoria de pérdidas de todo tipo y fracasos en el área afectiva. Manifiesta absoluta desesperanza, deseos de desaparecer de este mundo. Está en tratamiento hace un año. Hace un uso inconsistente y errático de la medicación y concurre esporádicamente a las sesiones. Tanto el equipo terapéutico como personas de su entorno que tratan de ayudarla, experimentan desazón ante la actitud oposicionista, negativa y al mismo tiempo de reclamo. Intervención: "Después de tanto tiempo de estar mal, es difícil animarse a estar bien. Si se sintiera bien tendría una sensación extraña, como si esa no fuese realmente usted. Usted sabe que es usted misma estando mal, y también estar mal le da un sentimiento de dignidad: la sensación de no resignarse a que el mundo es como es y la gente es como es. Estar

bien, sería como resignarse. Usted puede hoy sentir que quiere estar bien pero si empieza a estarlo... quizá eso no la haga sentir bien. De hecho, podemos pensar que eso ha ocurrido hasta aquí: la medicación la ha tomado un rato sí y otro no, y aunque siempre vuelve a la terapia, lo hace cuando está desesperada y la deja antes de sentirse bien. Si usted cree que no es así y que realmente puede animarse a sentirse bien, le pediremos que usted tome la medicación tal como se le indica, en las dosis que se le indica y en los horarios que se le indica durante dos meses. Eso es previo a otras cosas que podemos hacer. Si la toma de esa manera, sentirá algo distinto durante un período suficientemente largo y recién ahí sabrá usted, y en consecuencia nosotros, si está lista para animarse a ser un poco menos desgraciada".

3. Niño con diagnóstico de déficit de atención y familia con pautas poco claras. El terapeuta dice: "en este tipo de situaciones puede ser útil dar esta medicación siempre y cuando se la use realmente de forma adecuada. Eso implica que hay días y horarios para ella. Sin ese orden no va a servir, necesitaría que conversemos sobre la posibilidad que ustedes ven de darle este medicamento con ese nivel de orden. Quién de ustedes se lo daría, cómo podemos asegurarnos de que realmente los horarios se cumplan, etc."

En síntesis, los tratamientos combinados son una realidad creciente en este momento. En un artículo anterior, desarrollamos algunas ideas sobre en qué casos parece apropiado indicar sólo psicoterapia, en qué casos sólo medicación y en qué casos una combinación⁽²⁾. Una vez que existe en un tratamiento dado la decisión de usar medicación, el terapeuta debe tratar que ese recurso sea aprovechado en todas sus dimensiones. En ese sentido, es posible hacer mucho más de lo que habitualmente se hace para que el tratamiento farmacológico tenga efectos más allá de lo puramente químico. Curiosamente la menor resistencia a su uso implica también una cierta trivialización y en esa medida una posible disminución de sus efectos. Por ejemplo, en un estudio reciente se compararon los efectos de seudo amitriptilina con los de seudo acupuntura para el tratamiento de dolores localizados. El resultado favoreció a la seudo acupuntura. La razón para esto parece residir en que la acupuntura implica un ritual más complejo cargado y elaborado que la amitriptilina (espacio físico, camilla, relativo ritual, etc.). Utilizo aquí una feliz expresión de mi colega Silvia Adan³: "a medida que la medicación se vuelve menos resistida, se está volviendo también un símbolo más chato. Pensar el tratamiento psicofarmacológico como psicoterapia implica restaurar su potencial de complejidad y profundidad" ■

2. Preferí no seguir aquí una clasificación DSM IV en la opinión de que nada añadiría a propósito del ejemplo

3. Comunicación personal

Referencias bibliográficas

- Hollon SD, Beck AT. Cognitive and cognitive behavioral therapies. En A.E. Bergin & S.L. Garfield, *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York, Wiley, 1994
- Fernández Alvarez H, Hirsch H, Lagomarsino A, Pagés S. Psicoterapia y psicofármacos. ¿Cuándo y cómo combinarlos? *Vertex, Rev Arg de Psiquiat*. 2000, 11: 5-12.

La interdisciplina posible

Fernanda Feijoo

Lic. en Psicología. Psicoanalista. Miembro del Grupo de Trabajo Interdisciplinario de Trastornos de la Conducta Alimentaria, Hospital "C. Argerich". Tel. 4826-3774. Mansilla 3696, PB "A". Ciudad de Buenos Aires. fefeijoo@hotmail.com

María Gallegos

Lic. en Psicología. Psicoanalista. Coordinadora del Área de Psicología del Grupo de Trabajo Interdisciplinario de Trastornos de la Conducta Alimentaria, Hospital "C. Argerich". mgallegos00@yahoo.com.ar

Verónica Selva

Lic. en Psicología. Psicoanalista. Miembro del Grupo de Trabajo Interdisciplinario de Trastornos de la Conducta Alimentaria, Hospital "C. Argerich". verselva@hotmail.com

Introducción

En qué consiste la interdisciplina es una pregunta que puede contener una paradoja. ¿La interdisciplina consiste o es una pregunta? Si la consideramos una pregunta, ¿es válida como pregunta individual de cada uno de los profesionales que concurre al equipo de trabajo o es una interrogación compartida?

En la práctica cotidiana del Grupo de Trabajo Interdisciplinario de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital "C. Argerich" de la Ciudad de Buenos Aires nos encontramos con el hecho concreto de trabajar juntos médicos clínicos, psiquiatras, nutricionistas y psicoanalistas.

Se nos presentan pacientes pesando 35 kilos con amenorea, vómitos autoprovocados diariamente, serios problemas en sus relaciones familiares, trastornos de la personalidad asociados al cuadro mórbido, negándose a comer, negando tener algún problema, sufriendo ante un plato de comida o ante la mirada de los otros.

Por esta razón, coincidimos dentro del equipo en que el trastorno de la conducta alimentaria requiere, en la mayoría de los casos, del punto de vista particular de cada disciplina. ¿Coincidimos en algo más? El síntoma nos convoca en nuestras diferencias.

De qué hablamos cuando hablamos de diferencias

La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) dice que "no es solamente la ausencia de afecciones o enfermedad" sino "un estado de completo bienestar físico, mental y social"(10).

Para la medicina el objetivo tiene que ver con la cura definida como la remisión total de los síntomas. Para la psiquiatría, éstos están categorizados, la mayoría de las veces, desde el DSM IV(1) y definidos *a priori*. El objetivo de la eliminación de los síntomas es correlativo a la idea de que es posible la adaptación del enfermo a los ideales sociales, objetivo entendido como "reinserción social".

El analista está obligado a dar cuenta del alcance y los efectos de la praxis que sostiene, desde una posición que se ubica como diferente a la búsqueda del completo bienestar, entendiendo que el bienestar es un parámetro singular no generalizable(9).

Sostener la diferencia ética con aquellos tratamientos que apuntan al restablecimiento de una supuesta normalidad perdida nos lleva a la necesidad de preguntarnos por esta diferencia ¿qué cura, entonces, un psicoanalista?

Que no se trate de la eliminación del síntoma, concebido como cuerpo extraño que hay que erradicar, no

Resumen

Es un hecho concreto que en muchos abordajes actuales de diversas patologías conviven diferentes disciplinas. En la atención de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, por ejemplo, dada su presentación clínica, coinciden psiquiatras, clínicos, nutricionistas y psicoterapeutas. Sin embargo, que muchas disciplinas trabajen juntas no implica necesariamente un trabajo interdisciplinario, particularmente si se entiende por éste algo distinto a un esfuerzo de complementariedad. Se interroga en el trabajo el concepto de interdisciplina desde el punto de vista del psicoanálisis.

Palabras clave: Interdisciplina – Trastornos de la conducta alimentaria – Práctica interdiscursiva – Subjetividad – Psicoanálisis y equipo de salud mental

THE POSSIBILITY OF AN INTERDISCIPLINARY WORK

Summary

It is a fact that several disciplines take part in the treatment of specific pathologies. The approach to alimentary disorders, for example, gathers psychiatrists, clinicians, dieticians and psychotherapists. However, despite that many disciplines may work together that doesn't mean that a true interdisciplinary task is being performed, specially if we consider it as something different from an effort to achieve a complementary relationship. From a psychoanalytic standpoint we question the meaning of interdisciplinary work.

Key words: Interdisciplinary work – Alimentary disorders – Psychoanalysis and mental health team

quiere decir que no se pretenda el alivio: si uno toma a alguien en tratamiento es porque hay un sufrimiento que justifica nuestra intervención. Algo de su cotidianidad se le vuelve ajeno, el sentido habitual que el sujeto habitaba se ha conmovido, dejándolo desprovisto de las significaciones que ordenaban su escena del mundo.

¿Qué tiene para ofrecer un psicoanalista frente a esto?

En términos generales y desde un comienzo, uno puede pensar que ya la escucha –no de lo general de los síntomas sino de lo singular del padecimiento, en un movimiento que “parte de los decires del paciente para volver a ellos”(7)– produce efectos. Lo propio de la posición del analista es posibilitar, desde el lugar que ocupa en la transferencia, la apertura del inconsciente. Es decir que un sujeto, en tanto dividido, se relacione, haga pareja, con un saber no sabido. Movimiento donde el saber siempre es puesto del lado del sujeto. Hay un saber que está por fuera de cualquier saber disciplinario, es el saber propio de un sujeto singular. Este saber es incluido por el psicoanalista y también contribuye a la interdisciplina en tanto es un saber que descompleta las teorías generales.

En su seminario sobre *La Angustia* Lacan dice que “en el análisis la curación llega en cierto modo por añadidura”(8), y esto no lo lleva a desmerecer en lo más mínimo los resultados de la cura. No se trata de restarle importancia a los efectos, sino advertir que de lo que se trata al fin y al cabo es de “mejorar la posición del sujeto”(8).

La cura, entonces, llega por añadidura a un cambio de posición subjetiva, y esto tiene que ver con la salida del sujeto de cierta posición de goce.

Que la cura psicoanalítica no equivalga a la supresión del síntoma no implica que un analista no esté particularmente interesado en las condiciones que lo determinan. Se tratará entonces de operar sobre el goce que el síntoma envuelve.

El síntoma como algo ajeno, irruptivo, que conmueve la escena habitable del mundo es lo que muchas veces lleva a la consulta. De lo que se trata en un análisis es de transformar ese síntoma como ajenidad en un andamiaje significativo. Articular ese síntoma a la transferencia implica articular ese síntoma a los significantes del Otro, transformar ese síntoma como cuerpo extraño en una formación del inconsciente: el síntoma como sustitución metafórica se dialectiza, se pone a hablar en transferencia, se dirige a un analista que, como representación, pasa a formar parte del síntoma.

Es así como el síntoma se vuelve asequible al trabajo analítico. Es así que se puede operar sobre él, sobre los significantes que lo determinan y el goce que lo alimenta. Y es en relación al goce donde se juega la particularidad de la intervención analítica, su mayor especificidad como disciplina(6, 3). “Un cuerpo es algo que está hecho para gozar, para gozar de sí mismo”(6) y esto es lo que la ciencia médica desconoce.

Esta posición frente al síntoma y a la cura puede hacer interdisciplina con la posición médica en tanto ambas posiciones se diferencian y no se excluyen.

La práctica interdiscursiva

“Se intenta referir una idea de las prácticas, de los instrumentos, de los procedimientos, de los objetivos prefijados (...) de las hipótesis utilizadas y de subrayar la estructura dinámica del equipo: esto consentiría establecer diferencias y discusiones con otras metodologías y con otros ‘comportamientos terapéuticos’ al confrontar el mismo fenómeno”(2).

Armando Bauleo

La interdisciplina posible se da en el ámbito de la reunión del equipo. En el espíritu del nombre que nos reúne en el Hospital está contenida la idea de que la interdisciplina es un trabajo del grupo, *en el grupo*. No participamos de un equipo de abordaje interdisciplinario, sino de un grupo donde el trabajo es la interdisciplina. A partir de ese trabajo, cada disciplina mantiene su abordaje particular del paciente o del trastorno de la alimentación.

La práctica interdiscursiva se da en nuestra reunión y consiste en la discusión, confrontación e interrogación de la práctica clínica. Por un lado la práctica interdiscursiva y por el otro la práctica clínica. Estas no se confunden. La aceptación de las diferencias, implícita en el cruce discursivo, permite la puesta en práctica de esas diferencias en la clínica: la especificidad de cada discurso. Allí es donde la interdisciplina consiste, donde lo “inter” mantiene lo distinto.

Interdisciplina como esfuerzo de heterogeneidad, siempre amenazada con sucumbir a la preeminencia de un solo discurso disciplinario, a la utopía de la homogeneidad que en su fracaso conlleva modalidades de dominación de un discurso sobre otro.

Consideramos la interdisciplina como una explicitación formal de las diferencias que nos permite mantener la especificidad de cada práctica en el abordaje clínico. Esta explicitación implica, además, el trabajo de hacerse entender por quienes sostienen disciplinas sobre bases conceptuales disímiles, fundamento del diálogo, el reconocimiento y el respeto.

En este sentido, es importante tener en cuenta la posición particular de cada miembro de un grupo de trabajo interdisciplinario. Emiliano Galende refiere que “el trabajo interdisciplinario tiene que ver con si el profesional tiene en la cabeza una interdisciplina porque si no, no se produce... La interdisciplina tiene dos momentos: es un equipo de profesionales de distinta formación trabajando juntos (pero sólo eso no alcanza), y es también una persona que tiene una cabeza interdisciplinaria”(4).

Acordamos con Galende, entonces, en que dependerá de quiénes sostengan el discurso de cada disciplina, que las disciplinas dialoguen entre sí. Este diálogo producirá un plus que no es por complementariedad de las partes y el tratamiento de cada paciente será efecto de ese diálogo. En el caso del tratamiento de trastornos alimentarios que se propone en el equipo, dicho tratamiento será efecto de lo que en cada profesional provocó el encuentro con el punto de vista de los otros, del hecho efectivo de que no todos hacemos lo mismo. Como consecuencia de ese trabajo queda implícito en el propio hacer que ningún espacio es mejor o más importante que otro justamente porque apuntan a cuestiones diferentes y, a lo sumo, en distintos momentos del tra-



tamiento de un paciente cobra mayor visibilidad alguno de los abordajes. Es por esto que ni el psicólogo es asistente del médico, ni el psiquiatra es colaborador del psicoanalista, ni el nutricionista es asistente de los dos. Tampoco es una sumatoria de los efectos aislados en cada espacio. El tratamiento será efecto de la interdisciplina en tanto trabajo interno del grupo de profesionales.

“Entredisciplina”

La interdisciplina no apunta a una superdisciplina completa. Sostenemos, al contrario, que el valor de la interdisciplina está justamente en que las diferentes disciplinas se descompletan entre sí, mutuamente. Y es en ese espacio vacío entre ellas que se produce lo que abunda en un tratamiento más eficaz. Considerar este vacío como fractura tiene consecuencias muy distintas que considerarlo como imposibilidad estructural. La interdisciplina posible es una respuesta fáctica a la pregunta que se desarrolla sobre el fondo de esta imposibilidad. La imposibilidad de abarcar desde el discurso la totalidad de lo que nos presenta lo real.

En el tránsito de los pacientes por los diferentes espacios de atención siempre hay algo que se pierde, siempre hay algo que descompleta la idea de sumatoria. No se trata, entonces, de una mayor eficacia a mayor número de disciplinas interviniendo, sino de hacer operativo

el *no todo* de cada disciplina. La imposibilidad estructural permite que sea un sujeto singular, portador de un saber propio, quien transite por el espacio terapéutico entre disciplinas.

La siguiente viñeta clínica ilustra cómo es justamente la introducción de lo que escapa a cada disciplina lo que opera en la resolución del caso.

En la reunión de equipo el psiquiatra está preocupado porque su paciente de 27 años, 31 kilos y 1.67 metros de estatura, hace cuatro meses que está internada en clínica médica. Su tratamiento “no funciona”, es decir, “no aumenta de peso”. La analista adjudica el obstáculo en la cura a que la paciente es alimentada por vía parenteral y esto impide que se responsabilice de su alimentación. El nutricionista sostiene que la paciente “es una manejadora” y que “maneja a la psicóloga”: no se le quitará la vía porque la paciente “puede morir”. Ninguno de los profesionales entiende la preocupación del otro ni escucha si hay alguna preocupación en la paciente. La analista se retira del equipo tratante.

La paciente dice a su nueva analista que quiere dejar el tratamiento, que la angustia “dar explicaciones”, que la angustia que la “reten por no comer”. Ella no come “porque se ensucia el cuerpo”. La analista pide a los demás profesionales del equipo tratante que dada la angustia se abstengan de retar a la paciente, que se hará cargo “del reto”. La interdisciplina estaba

impedida por la impotencia en que se encontraban los propios profesionales al intentar completarse en la suma de sus saberes. Impotencia referida principalmente a no escuchar el obstáculo en la cura: la elisión de la subjetividad de la paciente. Se desconocían las razones íntimas por las que la paciente cerraba la boca y le cerraban la boca los saberes intocables de los profesionales.

La paciente progresa en el tratamiento cuando se logra escuchar la diferencia de objetivos de cada espacio terapéutico. No se trataba de reducir el malentendido, sino de considerarlo un hecho estructural: uno hablaba de alimentación y otro de responsabilidad, era cuestión de que ambos puntos de vista no se excluyeran sino que operaran cada uno en su campo. La introducción de la angustia, manifestación de la subjetividad, desatendida en la paciente y expresada en la angustia de los profesio-

sionales, invadía el espacio de control alimentario impidiendo que la paciente pudiera cumplir con su dieta y sin que ningún profesional supiera las razones que ella tenía para no comer. Cuarenta días después, con 37 kilos, la paciente es externada alimentándose por sus propios medios y por propia decisión.

Para concluir citamos a Lacan: "es más bien en la localización de la no-comprensión, por el hecho de que se disipa, se borra, se pulveriza el terreno de la falsa comprensión, que puede producirse algo que sea ventajoso en la experiencia analítica"(5). La paciente no deja de comer por "manejadora", ni por tener puesta una vía parenteral, no come porque se ensucia y eso la angustia. No hay posibilidad de comprensión, hay el malentendido estructural en que se expresa la subjetividad. Justamente, "uno se da cuenta de que suceden cosas cuando se habla"(5) ■

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. DSM-IV. APA, Washington. 1994
2. Bauleo A. Prefacio en: '*Cambiare*': *Il modello operativo del Sert de Rimini. Il sintomi della salute*. Ed. Pitagora Editrice, Bologna, 1994
3. Eidelberg A, Godoy C, y otros. *¿Cómo tratan los psicoanalistas las anorexias y bulimias?* Serie del Bucle, Buenos Aires. 2004
4. Galende E. Reportaje en *Clepios, una Revista de Residentes de Salud Mental*. 35. Buenos Aires, septiembre 2004 / febrero 2005
5. Lacan J. *Breve discurso a los psiquiatras*. 10 de noviembre de 1967, inédita.
6. Lacan J. *Psicoanálisis y Medicina. Intervenciones y Textos 1*. Manantial. Buenos Aires. 1985
7. Lacan J. *La Dirección de la cura y los principios de su poder. Escritos I*. Ed. Siglo XXI, Buenos Aires, 1988
8. Lacan J. *El Seminario, Libro 10. La Angustia. Clase 5*. 12 de diciembre de 1962. Ed Paidós. Buenos Aires, 2006
9. Miller JA. *Salud Mental y Orden Público*. Uno por Uno. Buenos Aires, 1993
10. OMS. Informe sobre la Salud Mental en el mundo (2001). *Salud Mental. Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Disponible en <http://www.who.int/whr2001/2001/main/>

[sp/index.htm](http://www.who.int/whr2001/2001/main/).

Bibliografía complementaria

- AA.VV. Dossier: Anorexia y Bulimia Nerviosa. Desarrollos clínicos, etiopatogénicos, epidemiológicos y terapéuticos. *Vertex, Rev Arg de Psiquiat* 1998, (9) 32, Buenos Aires, 1998
- Barenblit V, Galende E. La función de curar y sus avatares en la época actual. En: *Equipos e Instituciones de Salud (Mental), Salud (Mental) de Equipos e Instituciones*. Asociación Española de Neuropsiquiatría/ Estudios. Madrid, 1997
- Freud S. Análisis terminable e interminable. *Obras Completas*. Tomo XXIII. Amorrortu editores. Buenos Aires, 1994
- Freud S. 17° Conferencia de Introducción al Psicoanálisis: El sentido de los síntomas. *Obras Completas*. Tomo XVI. Amorrortu editores. Buenos Aires, 1994
- Freud S. 23° Conferencia de Introducción al Psicoanálisis: Los caminos de la formación de síntoma. *Obras Completas*. Tomo XVI. Amorrortu editores. Buenos Aires, 1994
- Lacan J. *Proposición del 9 de octubre de 1967. Ornicar? 1*. Publicación periódica del Champ Freudien. Ediciones Petrel
- Laurent E. *Psicoanálisis y Salud Mental*. Tres Haches. Buenos Aires, 2000
- Ulloa F. *Novela Clínica Psicoanalítica*. Paidós. Buenos Aires, 1995



el rescate y la memoria

Problemas del tratamiento terapéutico en un hospital psicoanalítico *

Por Frieda Fromm-Reichmann



*Frieda Fromm Reichmann
1889-1957*

Frieda Reichmann (1889-1957) nació en el seno de una familia judía de Karlsruhe en 1889, en la que se valoraba muchísimo la música y la cultura. Estudiante de medicina destacada, se interesó al recibirse en el tratamiento de soldados sobrevivientes de la Primera, Guerra Mundial con daño cerebral inspirándose en la neurología globalista de Kurt Goldstein. Se interesó luego por el psicoanálisis, realizó su psicoanálisis personal con Hans Sachs e ingresó como miembro titular del Instituto Psicoanalítico de Frankfurt. Allí conoció, en 1926, a Erich Fromm, quién fue su paciente y con quien se casó, divorciándose pocos años después. También dirigió en Heidelberg un instituto para niñas judías ortodoxas. En 1933 huyó de la Alemania nazi para ir primero a Francia, luego a Palestina y, finalmente, en 1935, a los Estados Unidos, adonde se radicó y comenzó a trabajar en la Chesnut Lodge

* Publicado en *Psychoanalytic Quarterly*, vol. XVI, N° 3, julio, 1947

Clinic, una reputada institución privada situada en Maryland. En ella compartió el trabajo y completó su formación con Harry Stack Sullivan, célebre psiquiatra norteamericano, quien se había destacado por sus trabajos sobre la esquizofrenia. Frieda fue una de las introductoras del psicoanálisis en los EE. UU., una de las principales figuras de la psiquiatría dinámica norteamericana y fundadora, con Sullivan, de la Washington-Baltimore Psychoanalytic Society. Fuera de su círculo profesional Fromm-Reichmann, una mujer solitaria y creativa que gozaba de la música tocando el piano y que había constituido su círculo de amistades con sus ex pacientes psicóticos, se hizo conocida como la figura que, con otro nombre, aparece como la doctora que sana a una esquizofrénica en la novela autobiográfica escrita por Joanne Greenberg, una de sus pacientes, Nunca te prometí un jardín de rosas (1964; en castellano, Barral Editores, 1974). Sobre la base de ese libro se realizó, en 1977, una película: I Never Promised You a Rose Garden, dirigida por Anthony Page con las actuaciones de Kathleen Quinlan, Bibi Andersson, Dennis Quaid, Clint Howard y Mel Gibson.

Aplicando el potencial del psicoanálisis al campo de la psicosis, Frieda Fromm Reichmann, de quien se dijo que tenía una extraordinaria capacidad de escucha clínica de sus pacientes, realizó investigaciones sobre esquizofrenia comenzando por su tesis doctoral. Describió, así, la conducta catastrófica en ese tipo de patología como la había observado su maestro Goldstein en los pacientes con daño cerebral. En la Chesnut Lodge Clinic aplicó el psicoanálisis al tratamiento de la esquizofrenia, sin medicamentos que redujeran la sintomatología. En lugar de drogas, ella ofrecía, desde su perspectiva optimista (ningún paciente, por más perturbado que esté, es inaccesible a la psicoterapia, opinaba) un ambiente seguro donde los enfermos podían hacer una regresión al interior de la locura que los atemorizaba. Fromm-Reichmann creía que podían curarse si tenían la fortaleza interior necesaria y si eran analizados adecuadamente por psicoanalistas capaces de soportar el trabajo con pacientes tan graves. "Analizados adecuadamente" significaba recibir interpretaciones freudianas de sus experiencias, aterradoras, por medio de terapia individual (su famosa psicoterapia intensiva) y en pabellones a cargo de personal iniciado en los principios del psicoanálisis. Un aspecto fundamental del tratamiento era el alejamiento y contacto dosificado de los pacientes con sus familias, a las que Fromm-Reichmann identificaba como un factor patogénico principal de la psicosis. Este particular aspecto de su perspectiva teórica merece un comentario aparte: el término, hoy abandonado, de "madre esquizofrenogénica", que influyó en el comportamiento de toda una generación de psiquiatras, estigmatizó injusta y exageradamente a los padres de los psicóticos haciéndolos responsables de la enfermedad de sus hijos, generándoles culpa –y, en ciertos casos, mis rechazo hacia su vástago enfermo– y una actitud de sospecha, distancia y frialdad hacia ellos por parte de los equipos tratantes.

En las páginas que siguen se ofrece un significativo pasaje en el que se ilustran aspectos teóricos y técnicos del trabajo con esquizofrénicos desarrollado por la psicoanalista alemana.

Adicta al alcohol y al cigarrillo, Frieda Fromm-Reichmann falleció de un infarto masivo a los sesenta y ocho años de edad ■

Introducción

La terapéutica psicoanalítica ha sido utilizada en el tratamiento de psicóticos hospitalizados durante unos veinte años. En ese tiempo se ha pensado y discutido mucho sobre el modo de cambiar y adaptar el tratamiento convencional del hospital público a las exigencias del hospital psicoanalítico.

Todavía estamos lejos de tener todas las respuestas; por consiguiente, creo que lo mejor que puedo hacer es bosquejar algunos de los problemas, con las respuestas provisionarias que han surgido hasta ahora de las discusiones entre los miembros de nuestro personal, del intercambio de opiniones en los hospitales psicoanalíticos, y de la literatura que se ha publicado sobre el tema. Esto puede contribuir a un ulterior esclarecimiento de la psicoterapia administrativa, y puede suscitar un debate constructivo.

I

El psicoanalista que trabaja con psicóticos en un hospital psicoanalítico, se percata más que sus colegas de otros hospitales para enfermos mentales de que la restricción indebida de la libertad del paciente –esto es, el mal uso de la autoridad por figuras dotadas de ella en el pasado, especialmente por los padres, durante la niñez de los pacientes, y por sus ulteriores representantes en la sociedad– es uno de los motivos más frecuentes de la aparición de una perturbación psíquica.

Por lo tanto, se siente inclinado a dar a los pacientes tanta libertad y tantos privilegios como sea posible, y tratará de imponerles el menor número de regulaciones y restricciones. Sin embargo, la concepción que tiene el psicótico hospitalizado de la libertad, y su necesidad y deseo de ella, no son idénticos a los de la persona sana. ¿Cómo, entonces, puede el hospital reducir una libertad que el psicótico es incapaz de utilizar sensatamente, sin repetir el viejo y traumático autoritarismo? En otras palabras, ¿cómo consigue el psiquiatra conceder al psicótico la medida correcta de privilegios durante el tiempo de su hospitalización?

El paciente psicótico que necesita hospitalización no ha sido capaz de vivir sin guía y ayuda; de modo que el ingreso en una institución hospitalaria es con frecuencia un gran alivio de la intolerable carga de manejarse independientemente y de tomar decisiones.

El psicoanalista se da cuenta de que, en nuestra cultura, todos sus pacientes han sufrido restricciones autoritarias de su libertad, en su niñez, por parte de por lo menos uno de los padres, si no por ambos, o de otros adultos importantes. Muchos pacientes se han visto luego sometidos a una presión autoritaria similar por parte de ulteriores sustitutos de los padres, en la escuela, la universidad, el trabajo, o en la sociedad en general. Ésta es quizá la interpretación que quienes han sido gravemente frustrados en la infancia no pueden dejar de dar a sus experiencias interpersonales posteriores. Por consiguiente, el terapeuta puede sentirse inclinado a contrarrestar esas influencias traumáticas otorgándoles una libertad mayor de la que puede usar el paciente psicótico. Si bien es muy indeseable que el psiquiatra cree frustraciones adicionales en la vida de un psicótico, no puede anular las malas consecuencias del pasado con la



mera prevención de su repetición. Se tienen que contrarrestar las malas influencias del pasado mediante el recuerdo, la elaboración (*working-through*), la reevaluación y la integración de lo que sucedió en los primeros períodos de la vida, en términos del presente. La actitud del psicoterapeuta, por sí sola, no logrará tal cosa.

La concepción de la “libertad e independencia” que puede tener el psicoterapeuta, quizá no le parezca de ningún modo deseable a su paciente psicótico, que puede percibir que el psicoanalista, u otros miembros del personal, esperan de él que desee el tipo de libertad que ellos quieren para sí. Si se evita que el psicótico adquiera deseos de libertad que son hechura del psiquiatra, pedirá con menor frecuencia privilegios que no puede administrar, y se le ahorrará la frustración de recibir privilegios y luego ser privado de ellos; asimismo, el psiquiatra cometerá menos errores en la disposición de los privilegios del paciente.

Por supuesto, cuando dirige el tratamiento terapéutico de un paciente, el psiquiatra no debe preocuparse demasiado por las conveniencias de la rutina del hospital ni por su propio prestigio. Debe tener el valor de dar una oportunidad al psicótico cuando cree que el paciente está preparado para obtener de ella un beneficio terapéutico, aun cuando más tarde sea necesario revocar ese privilegio. Esto puede o no tener una repercusión desfavorable sobre la estimación del terapeuta por los pacientes o por el personal que sea incomodado por ello.

Recuerdo a dos pacientes que estuvieron tempo-

ralmente más perturbados, después de habérselos llevado de compras y al cine, de lo que habían estado durante un largo período de hospitalización sin privilegios. Los psicoterapeutas de la administración y los otros miembros del personal juzgaron que se había cometido un grave error. Pero en el curso ulterior del tratamiento de ambos pacientes se puso de manifiesto que estos paseos, pese a haber sido perturbadores en su momento, significaron, a la larga, un grande y legítimo estímulo para ellos. Esto facilitó y aceleró luego su colaboración en la terapéutica psicoanalítica. Recuerdo también los tres o cuatro pacientes que hicieron mal uso de sus privilegios, se escaparon e interrumpieron el tratamiento. El hospital psicoanalítico, como todo hospital, tiene pacientes de ese tipo.

Quien recién ingresa en el personal de un hospital psicoanalítico se equivocará fácilmente en la apreciación de la aptitud de un paciente para usar de privilegios, en razón de que hasta un paciente muy perturbado, delirante, paranoide alucinado o desorientado puede parecer, en la superficie, bastante sosegado y racional comparado con un paciente igualmente perturbado de otro tipo de hospital para enfermos mentales. Esto se debe al consecuente intercambio personal y a los contactos racionales, verbalizados, que les ofrecen a los pacientes todos los miembros del personal del hospital psicoanalítico y, en particular, el terapeuta psicoanalítico.

II

La actitud del psicótico hacia sus propias dificultades y hacia muchos problemas del tratamiento terapéutico está determinada en una gran medida por la actitud de los miembros del personal del hospital, en particular por la de los psiquiatras. ¿Cómo pueden los miembros del personal de un hospital psicoanalítico utilizar esta influencia en beneficio del psicótico, y cómo pueden evitar la opresión del paciente? Éste es el problema de la significación general de las actitudes y valoraciones que el psiquiatra comunica directamente, o sin advertirlo, en sus contactos con pacientes psicóticos.

Seamos sanos, neuróticos o psicóticos, todos estamos constreñidos por el código de valores, reconocido o tácito, de nuestro grupo humano, especialmente por el de aquellas personas con las que estamos ligados por cualquier clase de relación de dependencia. El psicoanalista sabe de qué modo, bajo las condiciones especiales de la transferencia, se reexperimenta y magnifica esta pauta cultural. La anterior opinión psicoanalítica de que no existe una transferencia adecuada en el caso de los psicóticos ha sido abandonada(17). Sabemos ahora que es cierto lo contrario. La relación del psicótico con el psicoanalista, y su sensibilidad empática ante su entorno y ante la personalidad del psicoanalista, son a menudo mucho más intensas que las reacciones de transferencia de los neuróticos típicos. Confirmando esto, es más sensible ante las actitudes y juicios del psiquiatra y del personal del hospital, y depende más de ellos, que la persona media, sana o neurótica, de nuestra cultura, ante las actitudes de los demás.

Sucede con frecuencia que los médicos, enfermeras y otros miembros del personal tienen un justificado te-

mor de un paciente psicótico debido a su conducta amenazadora o agresiva. Algunos psicóticos especulan hábilmente con las sensibilidades y puntos vulnerables de algunos miembros del personal hospitalario, o perciben a veces sentimientos inamistosos de ellos, que les parecen merecer retribución. En el primer caso, por supuesto, los pacientes tienen que ser tratados por un personal físicamente apto y hábil, capaz de controlarlos usando un mínimo de fuerza. Los psiquiatras o enfermeras pueden aplicar la psicoterapia solamente cuando están bajo control apropiado las tendencias agresivas del paciente.

Algunas veces los estallidos de violencia física son una respuesta negativista a órdenes impartidas por el personal o por los médicos y, en ocasiones, se los puede detener revocando las órdenes que los suscitaron. Por consiguiente, se recomienda intentar tal cosa siempre que no corra peligro la seguridad del paciente, de otros pacientes de la sala, o del personal. Palabras hostiles o actitudes amenazantes provocan algunas veces en el psicoterapeuta temor o ansiedad. El paciente se percata de la intranquilidad del médico o la enfermera, por hábilmente que se la disimule, y experimenta una sensación de desmerecimiento, si no de desesperación, al darse cuenta de que suscita temor o ansiedad en las personas en quienes confía para el cambio y la recuperación.

Una paciente con quien se había mantenido entrevistas psicoterapéuticas estando sujeta con una camisa de fuerza, durante un período de agitación y agresividad, fue liberada por mí cierto día, accediendo a su insistente solicitud. Cuando se le preguntó, después de su recuperación, si recordaba alguna experiencia que le pareciera causante de ella, contestó prontamente que su recuperación comenzó el día en que yo la saqué de la camisa de fuerza, lo que le dio a entender que, después de todo, no era tan peligrosa y aterrorizadora(17).

Si se exceptúa la violencia activa que exige el control físico, es mejor que los psicoterapeutas y enfermeras se mantengan aparte de los pacientes a quienes temen; se corre el riesgo de que traten al paciente de acuerdo con sus temores y ansiedades en lugar de guiarse por las necesidades de aquél(21, 22). No quiero decir que el personal psiquiátrico deba o pueda evitar sentir temor de ciertos pacientes psicóticos; pero dado que la terapéutica psicoanalítica es una experiencia entre dos personas, la interferencia o no interferencia del temor y la ansiedad dependerá de la personalidad y los problemas afectivos del psicoterapeuta y del paciente psicótico, y del interjuego entre ellos (transferencia y contratransferencia). Es conveniente reemplazar a la enfermera o el psiquiatra que siente temor de un paciente por otra u otro que no lo sienta, sin que ello implique ningún reproche, por supuesto. Pero si el miembro del personal percibe que existen motivos inconscientes de su ansiedad, y es capaz de superarla descubriendo esos motivos, entonces no será necesario sustituirlo. Si el psiquiatra o la enfermera quieren continuar tratando a un paciente a pesar de su temor, debe hablar del asunto con el paciente. Una vez que el terapeuta se da cuenta de su temor y no se avergüenza de él, y puede convertirlo en tópico de discusión con el paciente, el temor no interferirá necesariamente en su trabajo. Recaen grandes exigencias so-

bre la instrucción, la habilidad, y la resistencia de los enfermeros psiquiátricos, quienes –a diferencia del psicoterapeuta– no pasan una sino ocho horas diarias con los pacientes psicóticos. Los problemas especiales que surgen para los enfermeros que trabajan en hospitales psicoanalíticos han sido tratados por diversos autores (10, 11, 12, 23, 27, 28, 34, 35, 36).

Por ejemplo, un paciente me golpeó y al día siguiente me preguntó si me sabía molestado o no que lo hiciera (17, 18). Respondí que “no me importaba que me golpeará, por el hecho mismo, pues me daba cuenta de que él era demasiado incapaz de expresar de otro modo que por la acción el bien fundado resentimiento que sentía hacia mí en ese momento. Sin embargo”, proseguí, “me desagrada como a todo el mundo ser atacada; además, si tengo que vigilar para que eso no suceda, se distraerá mi atención y no podré seguir adecuadamente el contenido de sus comunicaciones”. El paciente respondió prometiendo espontáneamente no volver a golpearme, y cumplió su promesa pese a que tuvo que pasar todavía por varias fases de gran hostilidad.

Otro problema del tratamiento de pacientes en el hospital, muy influido por la actitud del personal, es el del tiempo durante el cual hay que mantener a un paciente en una Sala cerrada y el momento de transferirlo a ella. Todo hospital para enfermos mentales debe esforzarse por elaborar una sana política respecto a las funciones terapéuticas de sus Salas cerradas para pacientes perturbados. Si los miembros del personal tienen la sincera convicción de que la función de la Sala para pacientes perturbados es sólo terapéutica y de ningún modo punitiva, y si los traslados a ella son dispuestos solamente por razones terapéuticas, los pacientes no experimentarán humillación, frustración ni resentimiento, ni percibirán ninguna intención de discriminación u ostracismo de parte del personal y los pacientes de Salas abiertas. A veces nuestros pacientes pedirán voluntariamente ser transferidos temporalmente a la Sala para perturbados, cuando sientan la necesidad de protegerse de una exteriorización de impulsos destructores incontrolables, contra ellos mismos o contra otros pacientes.

Uno de los ejemplos más notables que ilustran la gran influencia que ejerce la actitud íntima del psicoterapeuta hacia la sintomatología psiquiátrica sobre las posibilidades terapéuticas del paciente hospitalizado, es la historia de la valoración psiquiátrica del síntoma de ensuciar con los excrementos. Anteriormente se lo consideraba un síntoma de grave significación para la prognosis en todo paciente psicótico. Desde que los psicoanalistas han aprendido a encararlo con el mismo espíritu de investigación de su psicopatología y su dinámica con el que encaran cualquier otro síntoma, ha perdido sus aspectos amenazadores.

Una joven esquizofrénica era dada a la masturbación anal compulsiva, luego de la cual se tocaba y tocaba a su terapeuta con las manos sucias de materia fecal. La psicoanalista no podía evitar su desagrado al ser ensuciados por la paciente sus brazos y vestidos. Temía las entrevistas terapéuticas con la muchacha, hasta que decidió usar vestidos gastados, lavables y de largas mangas para ver a esta paciente. A ello siguió

una marcada relajación por parte de la psicoanalista, a la que la joven esquizofrénica respondió inmediatamente dejando de ensuciar con los excrementos. Pronto pudo participar en la discusión terapéutica de la dinámica de su masturbación anal compulsiva, y pudo también abandonarla. Desde entonces se ha recuperado de su grave trastorno mental.

Todo psicoanalista conoce experiencias paralelas, aunque menos dramáticas, con pacientes neuróticos. Los pacientes reaccionaban ante toda interrupción de las entrevistas como ante un gran desastre, en la medida en que el psicoanalista daba a entender, con su propia actitud, que lo era; del mismo modo reaccionaban ante llamadas telefónicas de emergencia o ruidos exteriores, en cuanto serían interferencias en el procedimiento terapéutico. Cuando los psicoanalistas aprendieron a mostrarse relajados y naturales ante las interferencias inevitables, los pacientes neuróticos no se molestaron más por interrupciones ocasionales.

Solía considerarse de la mayor importancia que los pacientes en tratamiento analítico no tuvieran ni siquiera un encuentro accidental con el analista fuera del consultorio; en consecuencia, los pacientes reaccionaban ante encuentros de ese tipo de un modo intensamente emotivo. No abogamos por el abandono del principio de una relación estrictamente profesional entre el médico y el paciente, ni negamos la conveniencia de evitar encuentros extraprofesionales con ciertos pacientes, quienes están a veces tan abrumados por sus problemas corrientes que deben ser protegidos de toda posibilidad de complicaciones emotivas adicionales. La calidad y número de estas dificultades dependen en gran medida de que el psicoanalista espere o no que ocurran, y de que cree o no la expectativa de su ocurrencia en el paciente. El psicoanalista está justificado en salvaguardar su vida privada y su tiempo libre contra la interferencia profesional, siempre que –cuando surge el problema– no dé al paciente falsas racionalizaciones como razones. En cambio, el psicoanalista que es tan sensible respecto a sus necesidades personales que no puede tolerar las excepciones ocasionales, no es apto para la psicoterapia con psicóticos hospitalizados. No hay lugar en el psicoanálisis –sea en la práctica externa o en el hospital– para una situación de espléndido aislamiento para mantener la glorificación transferencial que hace el paciente del terapeuta, con el fin de reforzar la seguridad de éste. Si el terapeuta permite, deliberadamente o sin advertirlo, que esto suceda, el paciente sufrirá. Cuando el psicoanalista hace recorridas, encontrará en las Salas a sus pacientes psicóticos. Muy a menudo, si el psicoterapeuta se siente lo bastante cómodo para ello, le resultará benéfico al psicótico encontrarlo en una atmósfera social que sea menos convencional y más cercana a las exigencias de la realidad que las entrevistas psicoanalíticas.

Puede ser necesario ver con mayor frecuencia que la de sus entrevistas psicoanalíticas programadas a los pacientes psicóticos cuyo estado justifica la hospitalización, cuando se producen emergencias como la del pánico. Cuando esto sucede estando el psicoanalista con otro paciente, puede interrumpir la entrevista sin perturbación, si él mismo no está en conflicto al respecto. Si ofrece al paciente de un modo franco y natural la razón de la interrupción, éste, por lo general, no sólo no se moles-

tará sino que a menudo reaccionará con un aumento de su sensación de seguridad por la seriedad y responsabilidad con que el psicoanalista encara las necesidades emocionales de sus pacientes cuando surge una emergencia. Rara vez intentan los psicóticos sacar ventajas de esa consideración u obligar innecesariamente al psiquiatra a interrumpir su trabajo con otros pacientes en beneficio de ellos. A diferencia del neurótico, y especialmente del histérico, estos pacientes están demasiado enfermos y sufren demasiado como para hacerles malas jugadas o importunar al psiquiatra cuyo auxilio necesitan.

III

El hospital psicoanalítico debe ser una comunidad terapéutica. No se le debe imponer prematuramente al paciente psicótico la "adaptación social" a esta comunidad. Ni siquiera tiene que ser ésa la meta, en el caso de las personalidades esquizoides. El personal (médicos, psicólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales) debe estar adiestrado para ayudar a una feliz solución de este problema, bajo la guía especial de un terapeuta administrativo y uno psicoanalítico asignados a cada paciente. Recordemos que los términos "psicoanálisis", "terapéutica psicoanalítica" y "psicoterapia intensiva" son usados alternada y sinónimamente para indicar que el enfoque psicoanalítico del psicótico es diferente de la terapéutica psicoanalítica de las neurosis, pero constituye, sin embargo, una modificación y ampliación de las técnicas de terapéutica psicoanalítica, cuyo desarrollo predijera Freud en 1904(13).

¿Cómo se puede lograr tal cosa? El entusiasmo que provocó la aplicación de un nuevo tipo de terapéutica psicoanalítica a un nuevo tipo de paciente condujo originalmente a poner un énfasis exagerado sobre el tratamiento psicoanalítico, por encima de todos los otros aspectos del tratamiento en un hospital. Los psicoanalistas del personal trataban a "sus pacientes", conocían a los demás pacientes, en caso de hacerlo, por las presentaciones del personal, y abandonaban la administración terapéutica a los psiquiatras más jóvenes, quienes a su vez no practicaban ninguna terapéutica psicoanalítica. Esta jerarquía perjudicaba la autoestima del psiquiatra administrativo y dañaba su prestigio entre los pacientes y el personal. Los psicoanalistas no hacían recorridas ni participaban en actividades sociales, en parte porque tenían su tiempo ocupado por las horas de psicoanálisis, y en parte porque no querían ver a sus pacientes fuera de las entrevistas programadas.

Diremos, de paso, que los miembros del personal de un hospital psicoanalítico no deben referirse a "los pacientes del Dr. X", sino a "el Sr. A de la Sala B". Todos los pacientes necesitan la ayuda de las posibilidades terapéuticas del hospital, incluyendo el auxilio por los psicoanalistas del hospital. Los psicoanalistas están familiarizarlos con el poder mágico de las palabras. Además, algunos de ellos agradarán más, y otros menos, a los miembros del personal del hospital, especialmente a los enfermeros. El paciente del Dr. X sufrirá más fácilmente las consecuencias positivas y negativas del grado de aprecio que sienten los enfermeros por el médico, si se habla de él como del paciente del Dr. X, y no como de un residente de una Sala.

En el estado actual de nuestras limitadas capacidades

y experiencia, el número de resultados favorables con la terapéutica psicoanalítica modificada de psicóticos sigue siendo pequeño. No se ha atendido mucho a la sugerencia hecha por William Alanson White de investigar las causas de las "recuperaciones espontáneas". El psicoanalista debe unirse al terapeuta administrativo como parte de la comunidad terapéutica del hospital, que es un factor en estas "recuperaciones espontáneas" aun a expensas del tiempo que le demandan pacientes individuales(46). Debe hacer recorridas por las Salas, visitar los negocios y participar en algunas de las actividades sociales del hospital, y debe hacer algo más que pasar el día con los pacientes que le corresponden y a los que acierta a encontrar en el jardín, contribuyendo así al restablecimiento "espontáneo" de uno u otro paciente que no está bajo su análisis personal. Deseo expresar mi concordancia con aquellos psiquiatras que piensan, como pensaba William Alanson White, que pocas de las recuperaciones de los pacientes mentales hospitalizados logradas sin psicoterapia son realmente espontáneas, si es que alguna lo es. Factores que contribuyen a estos restablecimientos son la actitud del personal, la atmósfera del hospital, y los intercambios entre los pacientes. Era la cabal investigación de estos factores lo que White quería estimular.

Los miembros del personal de todos los hospitales psicoanalíticos están de acuerdo en que es deseable que cada paciente tenga un terapeuta psicoanalítico y un terapeuta administrativo. El psicoanalista analiza al paciente, el administrativo asume la responsabilidad respecto a los privilegios, visitantes, participación en la terapéutica recreativa y ocupacional, dieta, atención médica y medicación. Originalmente, esta división de las responsabilidades fue un intento de aplicar al hospital las convenciones del tratamiento psicoanalítico de neuróticos no internados. La experiencia demostró que es apropiada también por otras razones.

Una esquizofrénica que padecía delirios de envenenamiento de los alimentos, utilizó alguna información fáctica acerca del manejo de las vacas y la leche en la granja del hospital –que no satisfacía las normas de sus parientes campesinos– para corroborar sus temores. La paciente trató repetidamente de entablar con el psicoanalista una discusión de los méritos de sus datos, con los que justificaba su temor de beber la leche del hospital. Hacía esto, sin saberlo, para evadir la investigación del mecanismo de sus ideas delirantes. El psicoanalista recomendó que le expusiera sus quejas al terapeuta administrativo, a quién informó del problema. Con este auxilio se alivió el delirio de la paciente sin desalentar su necesidad terapéutica de verificar la realidad.

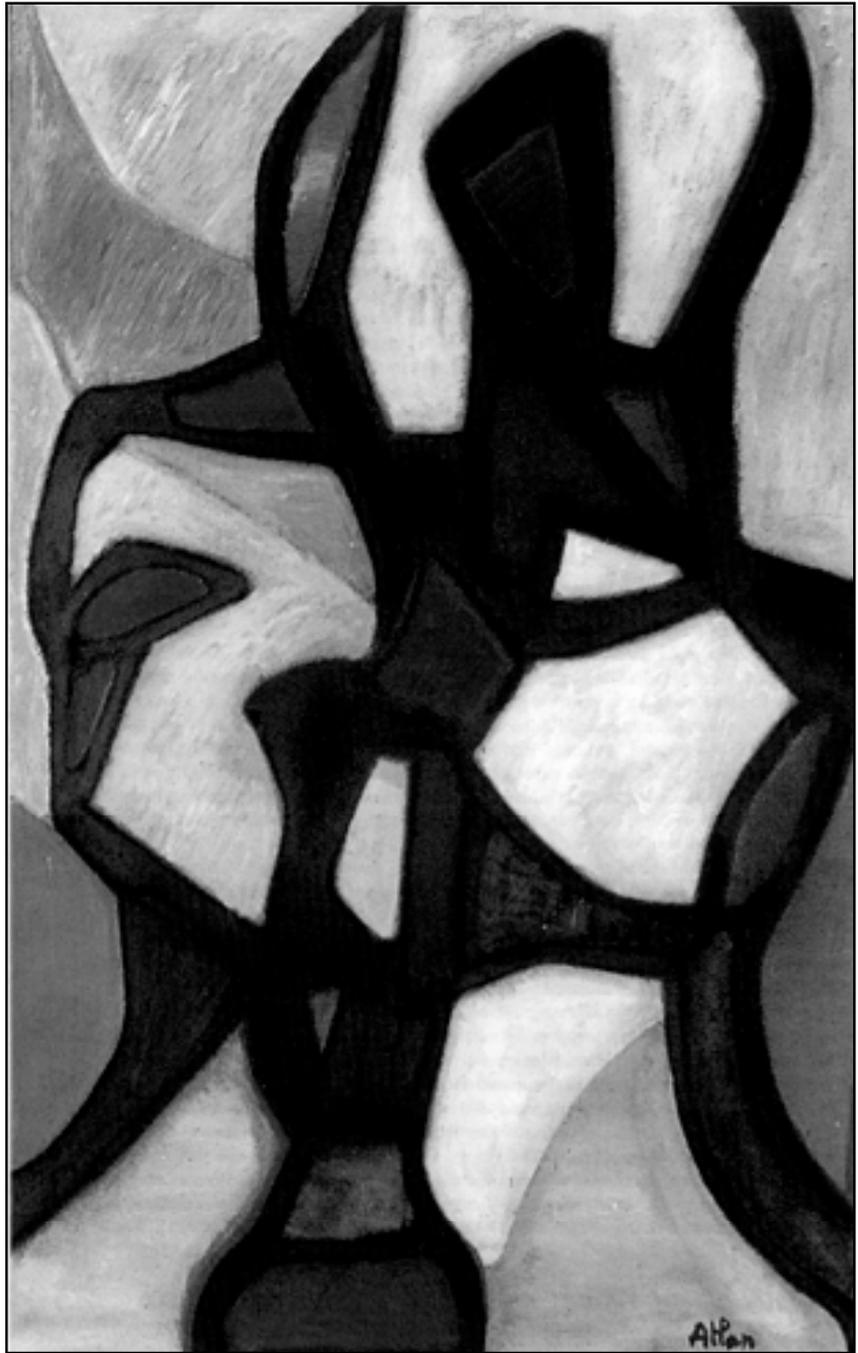
Una esquizofrénica que, antes de su ingreso en el hospital, había intentado suicidarse ingiriendo lejía, necesitaba la dilatación de una estenosis esofágica a intervalos regulares. Convirtió en un problema el lograr donde debía practicarse la dilatación y el médico que debía hacerla. Al dejar que tratara este asunto el psiquiatra administrativo, el psicoanalista quedó libre para investigar y traer a la conciencia problemas de la personalidad y de implicaciones irracionales. Por supuesto, la acción y la decisión del terapeuta administrativo, que atendió a los detalles prácticos necesarios, no podían postergarse hasta que la paciente

podiera analizar los problemas vinculados.

Algunos hospitales han atribuido la responsabilidad de la terapéutica administrativa de todos los pacientes a un psiquiatra del personal; otros hacen que todos sus psiquiatras con instrucción psicoanalítica practiquen el psicoanálisis con algunos pacientes, y la psicoterapia administrativa con otros, dando a cada paciente un psicoanalista y un terapeuta administrativo. Después de algunos años de experimentación, pensamos que esta conducta al estímulo de una actitud no realista, hiperindividualista y, a veces, demasiado exigente, en algunos tipos de pacientes, como los alcohólicos y los psicópatas; por lo tanto, recientemente hemos asignado los pacientes de cada Sala a un terapeuta administrativo.

Se están realizando experimentos de terapéutica administrativa de grupo, con la participación del enfermero a cargo de la Sala, en los que se alienta a intervenir a todos los pacientes de la Sala en condiciones de hacerlo. Esto parece contrarrestar satisfactoriamente el peligro de la hiperindividualización, y disminuye, por lo menos en cierta medida, la rivalidad entre pacientes competitivos por la atención del terapeuta administrativo. Una dificultad para algunos pacientes es el cambio de terapeuta administrativo cada vez que se los traslada de una Sala a otra; pero el grado de esta dificultad es proporcional, en conjunto, a la actitud del personal respecto de ella, de acuerdo con nuestra observación de que las reacciones del paciente dependen mucho de las actitudes del personal. El tiempo que el terapeuta administrativo pasa con cada paciente lo determina el estado del paciente o el carácter de un problema práctico al que hay que hallar solución. Entre las dificultades de la psiquiatría administrativa está la necesidad de adquirir la intuición, la capacidad y el conocimiento psiquiátrico suficientes para percibir cuándo un paciente necesita verdaderamente que se le dedique el tiempo que está solicitando, y para saber cuándo es prudente reducir el tiempo que se otorga a un paciente que desea la atención del médico sin ser capaz de utilizarla constructivamente.

La terapéutica administrativa de grupo en las Salas proporciona la oportunidad de aprender algo acerca del ambiente donde vive el paciente hospitalizado. El conocimiento de la dinámica de las relaciones personales en la Sala es, por consiguiente, tan importante para la investigación psicoanalítica de las dificultades de un paciente, como lo es el del ambiente hogareño para comprender la psicología de los pacientes no internados.



IV

El paciente psicótico es muy sensible a la violación de las confidencias personales que hace a su psicoanalista. Una vez que se establece una relación entre ambos, por lo común él quiere concebirla como una experiencia estrictamente privada. Hablando de un modo general, parece que la mayoría de los psicóticos dan por sentado, por lo menos cuando están gravemente perturbados (alucinados, delirantes), que todo el mundo alrededor suyo tiene conocimiento de sus experiencias. ¿Cómo puede resolver esta contradicción el personal del hospital? ¿Cómo es posible discutir los problemas del psicótico entre los miembros del personal médico, los enfermeros, los asistentes sociales, y los terapeutas ocupacionales, sin violar la exigencia de intimidad del paciente?

Las entrevistas psicoanalíticas están programadas pa-

ra períodos establecidos, sin tener en cuenta la naturaleza del problema terapéutico. El éxito de la terapéutica psicoanalítica como de la terapia administrativa depende de intercambios constructivos de opinión entre los dos terapeutas del paciente, y de la información inteligente acerca del paciente ofrecida a los enfermeros.

Se ha dicho que tal intercambio de opiniones es incorrecto porque el psicoanalista traiciona la confianza del paciente. Yo creo que un paciente cuyo estado es lo suficientemente grave como para justificar la hospitalización –si él tiene el contacto con la realidad suficiente para dedicarle algún pensamiento al problema– espera la actividad terapéutica conjunta del personal del hospital. Pronto llega a enterarse de que médicos y enfermeros realizan conferencias para debatir los problemas de los pacientes. El valor terapéutico de la discusión de los problemas y necesidades de un paciente por los miembros del personal, es mucho mayor que el de una fidelidad indiscriminada a un concepto no terapéutico de la confianza, cuya santidad se exagera en nuestra cultura. Se debe utilizar esta información solamente para ayudar a la comprensión de las necesidades y problemas del paciente, facilitando así el cuidado de los enfermos y las decisiones administrativas.

Los enfermeros tienen una mayor tolerancia y menos temor de los pacientes difíciles si se los mantiene al tanto de la dinámica de la patología del paciente, en términos de progreso o retardo, según sea el caso. A veces le resulta útil al psicoanalista introducir en las entrevistas con su paciente información que obtiene de otros miembros del personal, especialmente si se refiere a elementos afectivos importantes que el paciente omite mencionar.

En nuestro hospital, por ejemplo, se efectúa semanalmente una reunión del personal para debatir nuevas admisiones y problemas administrativos corrientes. Además, hay dos conferencias semanales, con participación de todo el personal médico y uno o dos enfermeros supervisores, para una exposición clínica, una discusión de los mecanismos psicológicos de progreso o fracaso en la terapéutica administrativa y psicoanalítica, y un debate del estado actual del paciente y de la técnica psicoanalítica, el tratamiento terapéutico y el cuidado que se aplicará ulteriormente. Cuando los terapeutas psicoanalítico y administrativo están en desacuerdo respecto al tratamiento de un paciente, la decisión compete al personal. Semanalmente, uno de los médicos hace consultas acerca de un paciente con los enfermeros y los terapeutas recreativo y ocupacional. Todos los meses se realiza una reunión de todo el personal terapéutico del hospital, en la que el Departamento de terapéutica ocupacional presenta un paciente para un debate general. Todos los enfermeros supervisores, algunos de los enfermeros practicantes y los terapeutas recreativo y ocupacional, han sido o están siendo psicoanalizados.

Los nuevos pacientes son visitados por el superintendente y el director de psicoterapia antes de su primera presentación clínica al personal. La conferencia de admisión llega a una conclusión provisoria respecto a la elección de un psicoanalista para el nuevo paciente. Los psicoanalistas que tienen horas disponibles se entrevistan con él. La junta del personal toma la decisión final, y, si es posible, se presta consideración a la preferencia del paciente.

A ningún paciente se lo somete a la prueba de apare-

cer ante una de las conferencias del personal. Por lo común, los pacientes no transmiten una imagen auténtica del carácter de sus dificultades cuando “actúan” ante un grupo. Si un paciente expresa el deseo de ser presentado al personal, ello demuestra habitualmente su falta de intenciones serias respecto al tratamiento, el cambio y el restablecimiento. Si quiere seriamente dar expresión a dudas y quejas respecto al tratamiento, el personal o los médicos, y obtener ayuda en esa cuestión, se lo alienta a pedir una entrevista con el superintendente o el director de psicoterapia. Los terapeutas del paciente siempre conceden y conciertan esas entrevistas.

Es importante que se supervise la tarea psicoanalítica con todo paciente psicótico, para conjurar complicaciones de transferencia y contratransferencia. Éstas se pueden producir más fácilmente entre los psicóticos que en psicoanálisis de neuróticos, puesto que la terapia psicoanalítica modificada de psicóticos se encuentra aún en estado de experimentación. La larga duración del tratamiento, la particular intensidad del trabajo del analista, y el gran despliegue emotivo, en palabra y acción, de parte de algunos de los pacientes, son elementos adicionales que favorecen las dificultades de transferencia y contratransferencia, de una cualidad y una complejidad específicas.

A pesar de las muchas reuniones locales, nacionales e internacionales en las que se debatió el tema desde que se lo introdujo como un requisito de la instrucción psicoanalítica, siguen siendo objeto de controversia los criterios para establecer lo que constituye una buena supervisión psicoanalítica. En una de nuestras conferencias de personal, escuchamos la grabación de una entrevista psicoterapéutica con un psicótico (por supuesto, no se hizo ni la grabación ni el debate sin pedir explícitamente el permiso del paciente); cuando se les pidió sugerencias a los miembros del personal, ninguno encaró del mismo modo los problemas interpersonales involucrados.

Una paciente consiguió que yo la temiera. Me amenazaba reiteradamente con golpearme, arrojarme piedras o apretarme con la puerta al entrar o salir del cuarto; pero en realidad no sucedió gran cosa, excepto algunas bofetadas en mi cara. Dado que había trabajado con pacientes agresivos, varones y mujeres, potencialmente menos peligrosos, sin sentir miedo, yo sabía que existían razones inconscientes de mi temor de esta paciente. Luego de un debate de esta contratransferencia negativa mía, tomé conciencia de los motivos, y ella disminuyó.

Después del debate, encontré a la paciente en los jardines del hospital, y ella me saludó como siempre, gritando: “¡Dios envíe su alma al infierno!” Le contesté: “Durante tres meses usted ha conseguido asustarme, pero ni usted ni yo hemos obtenido ningún provecho con ello; de modo que ¿por qué no dejar de hacerlo?” “Muy bien”, dijo, “que Dios envíe su alma al cielo”. “Eso tampoco la ayudará, pues si me muero, no podré intentar serle útil”. Por entonces ella se había dado cuenta de que mi temor, que había sido una ofensa para ella, había desaparecido; se inclinó hacia el suelo, recogió una flor, y me la alcanzó ceremoniosamente, diciendo: “Bueno, vayamos a su consultorio y hagamos nuestro trabajo allí”, cosa que hicimos. La colaboración psicoterapéutica constructiva entre la paciente y yo se reanudó.

Después de una consulta con el terapeuta administrativo, los enfermeros y los terapeutas ocupacional y recreativo invitan a cada paciente, pero no lo presionan, a participar en actividades del hospital. La mayoría de los pacientes se ofrecerán voluntariamente a ello cuando estén afectivamente preparados. La atmósfera lo requiere como algo natural. En el caso de los esquizofrénicos catatónicos está especialmente indicado no forzar la participación en actividades de grupo. Requiere mucha experiencia y empatía saber hasta qué punto la renuencia de estas personas a tomar parte en actividades colectivas es el resultado de un temor psicótico de los demás, y un alejamiento defensivo de ellos, y en qué medida se debe a la necesidad de una soledad parcial.

Se debe tener una precaución similar para no obligar al psicótico a ser "cooperativo". A aquellos pacientes que pueden escuchar, se les tiene que demostrar, con palabras y acción, que son miembros de la comunidad humana que el hospital representa, con privilegios y obligaciones. La cooperación contribuye a tener salas tranquilas, pero no infrecuentemente es el signo de la irremisible sumisión de un paciente. La conducta cooperativa puede significar un deterioro(44). Lo que parece ser cooperación es con frecuencia la defensa del psicótico, con el fin de inducir al personal a que lo deje en paz. Para muchos psicóticos, las sugerencias de los miembros del personal son idénticas a la agresión arbitraria que padecieron en su niñez. Si se producen en un momento en que el paciente no está preparado para verbalizar y superar su resentimiento por ellas en entrevistas psicoanalíticas, la consecuencia inevitable son resultados terapéuticos negativos. El terapeuta administrativo debe tener presente que el consejo y las sugerencias, aunque a veces son útiles y necesarios, siempre es posible que aumenten la dependencia del paciente respecto a él y a la institución, y su resentimiento y rencor por esta dependencia.

Por estas razones, en principio es prudente ser más bien parco en los consejos a psicóticos, tal como lo son todos los psicoanalistas en su terapéutica con neuróticos. La conversación será útil para todo paciente con quien es posible comunicarse, en la medida en que sea un intercambio de opiniones. Si un paciente sigue mostrándose desafiante, el terapeuta tiene que investigar los motivos de ese comportamiento: ¿Se trata de algo relativo a su actitud personal? ¿Se dirige el desafío del paciente contra el hospital o contra el psicoanalista, de quien lo desplaza hacia el terapeuta administrativo? ¿Es una defensa contra una vinculación positiva con el terapeuta o con el hospital? El terapeuta o enfermero no planteará estas cuestiones al paciente, pero las usará como medios de orientación de su técnica en el tratamiento del desafío de aquél.

Hay solamente tres tipos de conducta que hacen imperativa la interferencia administrativa con los psicóticos: primero, los actos suicidas u homicidas; segundo, las fugas; tercero, las relaciones sexuales entre pacientes.

Contra el suicidio, según lo sabe todo psiquiatra, no hay una protección absoluta. Se ubica a los pacientes suicidas en Salas cerradas, donde enfermeros especiales y la eliminación de todos los implementos peligrosos sirven por lo menos para salvaguardar al paciente lo mejor posible, y para recordarle la seria intención de hacerlo que tienen el psiquiatra y todo el personal. Puede

también hacer más fácil el mantener vivo lo que resta de las tendencias hacia la vida y la salud de la persona suicida. En algunos casos nos ha sido de utilidad admitir francamente ante un paciente nuestra incapacidad de protegerlo plenamente de sus impulsos suicidas, a menos que posea alguna tendencia hacia la vida que nosotros podamos intentar reforzar con nuestras medidas de protección.

A un paciente que se niega a comer, no se lo debe alimentar por sonda a menos que exista un peligro real de inanición. Eso tiene siempre la implicación de des-socializar temporalmente al paciente. Es una experiencia seriamente traumática, y el psiquiatra debe esperar, antes de imponerla a un psicótico, hasta que se hace inevitable por razones físicas. Se debe estimular al paciente haciendo que su bandeja sea especialmente atractiva; se debe dejar con él la comida durante largo tiempo, aunque esto importune, a los enfermeros de turno. La comida regular puede ser sustituida por un sandwich, que puede ser dejado indefinidamente en la habitación del paciente. Se puede inducir a comer a ciertos pacientes que se niegan a hacerlo por miedo al envenenamiento, si el enfermero o el psiquiatra comparten su comida.

V

La limitación de las entrevistas psicoanalíticas a períodos de una hora no tiene sentido para el psicótico, pues no tiene sensación del tiempo. Lo mismo vale para la pasiva aceptación, por parte del psicoanalista, del no cumplimiento de la cita por parte del psicótico. Puede haber horas durante las cuales el psicótico no puede comunicar nada; otras veces puede mostrarse tan productivo que cuesta gran trabajo interrumpirlo, como en el caso nada infrecuente de que se ponga comunicativo al final de la entrevista. Pero la necesidad de los psicoanalistas de cumplir su horario programado hace inevitables tales limitaciones ¿Cuál es la actitud que debe asumir el psicoanalista respecto al psicótico hospitalizado que rehusa acudir a su entrevista analítica?

Cuando un psicótico se niega a venir a su entrevista, es prudente, por lo común, ir a verlo a la Sala y, si es necesario, permanecer con él durante la duración de la entrevista programada, aunque permanezca sin comunicarse todo el tiempo. Se recomienda esto porque el psicoanalista no tiene modo de saber inicialmente por qué un psicótico se niega a concurrir a su hora, si la "resistencia" del psicótico puede ser analizada, o si su negativa requiere una acción inmediata. Los esquizofrénicos suspicaces pueden querer probar si el psicoanalista viene a verlos, a pesar de su negativa a ir a verlo a él. Una paciente se resistía a ver al analista porque no quería abandonar a su enfermera especial, a quien se apegaba celosamente, para que no atendiera a otros pacientes. Reconociendo el problema, pidió la ayuda del psicoanalista para resolver este apego posesivo. Otro paciente, un viajante de comercio, envió este mensaje: "Dígale que no iré a verla hoy. La veré mañana". El motivo no era que no quería verme ese día, sino que quería hacérmelas pagar por decirle al final de cada entrevista: "Lo veré mañana". Ésta era la fórmula que utilizaban los clientes que querían desembarazarse de él. Un catatónico en estado de estupor, con quien me senté durante muchas horas de mutismo, interrumpía ese mutismo para decir "quéde-

se", cada vez que yo cambiaba de posición.

Algunas veces sucede que un psicótico, en otras ocasiones comunicativo, rehusa venir a su entrevista porque piensa que necesita tiempo para asimilar el material debatido en horas anteriores, antes de estar preparado para continuar. Si al investigarlo esto resulta ser así, puede ser prudente atender a la sugerencia del paciente. O bien el psicótico tiene maneras diferentes de expresar renuencia y resentimiento, o necesita más ayuda del psiquiatra, para darles expresión, que el neurótico. Si el psicoanalista consigue que el psicótico enuncie su resistencia y las razones de ella, esto puede contrarrestar explosiones de violencia.

Las tradicionales entrevistas de una hora no satisfacen, por lo general, las necesidades del psicótico. Como lo indicáramos antes, el psicótico carece de la sensación convencional del tiempo, y no puede evitar el contrariar los intentos del psicoterapeuta de poner límites temporales a sus esfuerzos de comunicación. Por lo común, el psicoterapeuta debe tratar de mantener sus entrevistas con cada paciente en un horario fijo, debido a sus obligaciones programadas con los demás. La norma o racionalización de que el psicoterapeuta debe atenerse rígidamente al horario con sus pacientes para destacar el carácter profesional de la relación entre médico y paciente, no tiene vigencia con los psicóticos. La decisión respecto al momento de finalizar la entrevista psicoterapéutica debe estar determinada por las necesidades clínicas del paciente, a juicio del psiquiatra, y no por una actitud compulsiva acerca del tiempo.

Algunos psicoterapeutas están experimentando en la distribución de su tiempo, trabajando tres veces por semana con psicóticos hospitalizados solamente, viéndolos por períodos de mayor o menor duración, según sea la necesidad, y dedicando el resto de la semana a pacientes externos. Las experiencias obtenidas se refieren a un período aún demasiado breve como para extraer conclusiones.

Muy compensadores han sido los grandes beneficios manifestados por pacientes psicóticos al concederles sus médicos entrevistas psicoterapéuticas de varias horas de duración (20, 39, 40). Una personalidad esquizoide, frustrada, había pasado durante veinte años por varios episodios esquizofrénicos. Cierta vez hablamos sin interrupción durante tres horas. El paciente se conmovió profundamente, y momentáneamente se mostró menos rígido. "Ojalá alguien me hubiera hablado así hace veinte años; entonces no me hubiera convertido en la persona que soy ahora", comentó este paciente poco comunicativo.



Otro ejemplo es el de una muchacha catatónica, igualmente poco comunicativa. Un día, después de estar sentada sin decir nada durante la mayor parte de su entrevista psicoterapéutica programada, pareciendo muy triste y deprimida, consiguió, al final de la hora, comenzar a hablar acerca de las que ella consideraba eran las causas de su tristeza. Le permití continuar. Cuando hubo terminado, dijo afectuosamente, en gran contraste con su manera y aspecto rígidos habituales: "Me doy cuenta de que usted me dejó estar después de la hora. Hoy lo necesitaba. Estoy muy agradecida, y puedo aceptarlo de usted. Quizás esto es progreso". En entrevistas subsiguientes, la muchacha expuso libremente las razones de su infelicidad, refiriéndose repetidamente a la prolongada entrevista y a su benéfica influencia sobre su relación con la psicoanalista y sobre su capacidad de colaborar en nuestra común empresa terapéutica.

Una objeción a las entrevistas especiales, prolongadas, es que los psicóticos, que en parte han sufrido las consecuencias de experiencias frustrantes y deformantes de toda una vida, son extraordinariamente sensibles a la decepción, y una entrevista que dure varias horas puede preparar el terreno para una penosa desilusión, a menos que el psicoanalista tome todas las precauciones

posibles para hacerle entender al paciente que esa no puede ser la norma regular de su relación terapéutica.

Hace algunos años, vi a un joven catatónico, atendiendo a su urgente pedido, durante prolongadas entrevistas por las noches, en tiempos de una suspensión de mis actividades docentes. Cuando se reanudarán las clases, tuve que cambiar el horario de los encuentros con el catatónico, pasándolos a más breves entrevistas diurnas. Desdichadamente, yo no había logrado dejar suficientemente en claro para el joven, el carácter temporario de nuestras entrevistas nocturnas; por consiguiente, él agregó esta decepción a algunas quejas menores anteriores, eventualmente las desahogó todas, e interrumpió la colaboración terapéutica. Hay suficientes pruebas, en la historia del tratamiento del paciente, para pensar que este infortunado incidente tuvo suprema importancia entre las causas del fracaso terapéutico final.

Permanecer alerta, espontáneo, y a la vez cauto, durante muchas horas continuamente, con una persona rígida y poco comunicativa, es una experiencia en extremo fatigosa. El psiquiatra no debe evitar la fatiga en el cumplimiento de sus deberes profesionales, pero debe poder mantenerse libre de resentimiento hacia el paciente, y debe aprender a evitar expectativas o demandas indebidas respecto a sus resultados terapéuticos. Debe poseer una conciencia no masoquista de los límites de su resistencia, y no tiene que traspasar ese margen; de otra manera, lo que parece ser un esfuerzo terapéutico desusadamente devoto, no ocasionará otra cosa que penalidades al paciente y al terapeuta.

VI

La oportunidad de aplicar la psicoterapia a psicóticos hospitalizados es un tema de discusión. Algunos psicoanalistas abogan por no ver a los psicóticos en entrevistas psicoanalíticas mientras ellos están perturbados. No estoy de acuerdo con este punto de vista. Mientras el paciente está gravemente trastornado, necesita pruebas de la disposición del psiquiatra a ser terapéuticamente útil, tanto, si no más, que en otras ocasiones; además, las entrevistas en estos episodios no constituyen una pérdida de tiempo y de esfuerzos, aunque se diga poca cosa y no se elabore nada. El hecho de que el psicoanalista haya observado los episodios de perturbación del paciente sin mostrar ningún signo de desaprobación o rechazo, facilita grandemente las referencias a ellos y su uso psicoanalítico en las entrevistas siguientes(46).

Si un paciente se muestra tan activamente agresivo que el psicoanalista se siente amenazado, y su atención es distraída por consideraciones de defensa propia, se debe ver al paciente sujeto. Se puede explicar a la mayoría de los pacientes las razones por las que se los ve mientras están sujetos. Esto es preferible a verlos en presencia de un ayudante, debido a que esto interfiere inevitablemente en la terapéutica psicoanalítica, que es en esencia una experiencia entre dos personas.

Todo paciente psicótico sufre de una grave pérdida de autoestima, no importa cómo la disimula; su baja autoestima está oculta tras una máscara de suficiencia, al-

tanería, aislamiento o megalomanía narcisista; en consecuencia, él necesita apoyo y aceptación. Pero el apoyo indiscriminado tropezará con suspicacia o será tomado como un signo de falta de comprensión. La aceptación y el afecto indiscriminados chocarán con la desconfianza y el temor a la intimidad de muchos psicóticos ¿Cuál es entonces, para el psicoanalista y los demás miembros del personal del hospital, el modo deseable de tratar al psicótico hospitalizado?

La baja autoestima del psicótico y sus autorecriminales, así como su aprensión de que sus palabras y acciones pueden producir temor y ansiedad en quienes lo rodean, pueden requerir una rápida tranquilización de parte del terapeuta o los enfermeros. Con frecuencia, sin embargo, éstos pueden sentir la necesidad de hacerlo en su propio interés. Este problema es familiar para todo psicoanalista que trata pacientes externos; pero las reacciones de los psicóticos hospitalizados son frecuentemente más aptas para suscitar una tranquilización indiscriminada, porque inspiran mayor temor, al paciente y al psiquiatra. No importa cuál sea la motivación, esa tranquilización directa es más acertada con el psicótico que con el neurótico.

Un catatónico solitario se mostró súbitamente ansioso y trastornado luego de que la enfermera le dijera que no se explicaba por qué una persona tan bien intencionada, cordial, y de buen corazón como él tenía que permanecer en aislamiento. Él dijo como explicación: "Dicen que soy una amenaza y que los asusto". Se demostró que el paciente había percibido la ansiosa incomodidad de la enfermera por su insociabilidad e inaccesibilidad. Comprendió, por lo tanto, que esa invocación de todas sus supuestas buenas cualidades sociales respondía a la necesidad de tranquilizarse ella, tanto como de tranquilizarlo a él, respecto a las peligrosas posibilidades de su aislamiento culturalmente inaceptable.

Palmear en la espalda a un psicótico hace vacilar la confianza de él, si es suspicaz, en la sinceridad del psiquiatra, y aunque el paciente se tranquilice, no se ha logrado mucho psicoterapéuticamente. Esta tranquilización demasiado fácil puede significar que el psiquiatra no entiende la gravedad de la situación del paciente, y puede impedir la investigación y solución psicoanalíticas posteriores.

Por ejemplo, un psicótico puede ser capaz de expresar con palabras sus impulsos asesinos. Si el psicoanalista o los asistentes psiquiátricos se apresuran demasiado en llamar la atención del paciente sobre la gran diferencia que existe entre pensamiento y acción, etc., quizás el psicoanalista no vuelva a escuchar una palabra sobre el temor muy real al homicidio que experimenta el paciente. Pero si alguien dice, en sustancia, "Quisiera que usted me hiciera saber alguna vez qué injusticias sufrió de parte de otras personas para despertar en usted impulsos asesinos", entonces, con buena suerte, quizás el paciente entregue a la terapia psicoanalítica los acontecimientos relacionados.

Sabiendo que la autoestima menoscabada de los psicóticos está asociada a menudo a no haber sido queridos ni deseados en el pasado, el psicoterapeuta quizá quiera ser útil mostrando una gran estima, amistad e inclusive amor, llegando a descubrir luego que un exceso

de cordialidad choca contra la cerrazón y temor tan marcado en los psicóticos a las relaciones íntimas. Si un psicótico es capaz de responder a la cordialidad, ella puede llegar a significar tanto para él, que se vuelve reticente a hablar de sus dificultades por temor a perder la amistad del psiquiatra o del enfermero. Demasiado aprecio por parte del personal psiquiátrico puede ser interpretado como un reconocimiento de la docilidad del paciente más bien que como una aceptación de su personalidad por sí misma. Demasiada amabilidad puede ser concebida como adulación, como una falta de respeto o, peor aun, como una expresión de condescendencia. Cuando se advierte al personal psiquiátrico contra el despliegue de un exceso de cordialidad y afecto, se lo debe advertir también contra el otro extremo. Si se manifiesta demasiado poca aceptación al psicótico, ya antes frustrado, ello será la repetición de una experiencia traumática, "otro rechazo", como lo expresó un paciente(18). A veces puede ser prudente y deseable tranquilizar al paciente manifestando el respeto que se tiene por él y sus posibilidades de desarrollo, o desagrado por sus fallas, implicando que puede hacer mejor las cosas.

Una joven con hemiplejía del lado derecho, retardo mental y epilepsia traumática desde el nacimiento, vino al hospital a los diecisiete años. Había aprendido a hacer todo tipo de trabajo de aguja con su mano izquierda, con considerable habilidad, y evidentemente estaba acostumbrada a ser elogiada por ello por todas las personas que la veían. La primera vez que la vi haciendo un complejo bordado, lo volví del revés, que no estaba nada prolijo. Comenté que quien tenía su notoria habilidad podía ciertamente mejorar el aspecto del revés. Muchos años después, cuando ella había logrado efectuar un gran progreso, mejorando su vida y sus relaciones personales, bajo una terapéutica psicoanalítica modificada, informó espontáneamente que su éxito se debía a mi observación inicial acerca del bordado. Esto la había convencido que no se la palmeaba en la espalda, simplemente, y le hizo pensar que yo tenía confianza en sus posibilidades de desarrollo y madurez.

El personal psiquiátrico debe recordar hasta qué grado sienten muchos psicóticos que el encomio de sus realizaciones se hace a expensas de su personalidad.

Un escultor, cuya obra yo quería evaluar por sus aspectos psicológicos y artísticos, pareció muy complacido cuando le dije por primera vez que había viajado a su ciudad natal para ver sus esculturas. Contestó algunas preguntas acerca de su obra, aunque por lo general era muy poco comunicativo. En la siguiente entrevista, este catatónico estaba más perturbado que en los últimos tiempos. Eventualmente, dijo con gran énfasis: "Le advertí ayer que no continuara con esto; pero parece que usted no me escuchó". Nunca averiguamos si me había hecho una advertencia sin yo escucharlo, o si se trataba meramente de una fantasía. Lo que aprendimos fue que mi estudio psicoanalítico de su arte le había significado que ahora yo estaba interesada solamente en su obra, y no en él.

Un psicoterapeuta inexperto le sugirió a un paciente

esquizofrénico que fueran amigos. "¡Oh, no!", replicó enfáticamente el paciente, "No lo somos; apenas nos conocemos, y además, usted quiere que yo cambie; de modo que ¿cómo puede decir que es amigo de la persona que soy ahora?". Se debe ofrecer al psicótico hospitalizado respeto y cordialidad, basados en el conocimiento de que entre el psicótico, el neurótico y el psicoterapeuta "sano" hay una diferencia de grado solamente, y no de especie. Esto debe extenderse a detalles aparentemente sin importancia, tales como llamar a los pacientes por sus apellidos, con los prefijos apropiados (Sr., Sra...), a menos que ellos deseen ser llamados por sus nombres de pila, o hasta que la duración del trato mutuo con psiquiatras y enfermeros lo ocasione en el curso natural de los hechos.

VII

¿Cuál es la actitud de un hospital psicoanalítico respecto a la administración de sedantes químicos? La terapéutica psicoanalítica se propone traer a la conciencia las raíces inconscientes de los problemas de los perturbados mentales. Los sedantes farmacológicos oscurecen la conciencia de lo que sucede durante los episodios de perturbación, y reducen la capacidad del psicótico para elaborarlos y comprenderlos, sea en el momento o después. Si bien alivian estados de tensión aguda, pueden demorar el alivio permanente que trae la recuperación por la introspección psicoanalítica. La hospitalización debe ofrecer a los psicóticos la oportunidad de pasar por sus episodios de perturbación con la menor interferencia restrictiva que sea posible; de aquí se sigue que es deseable un mínimo de calmantes químicos. Sin embargo, hay estados psicóticos de tal gravedad, o estados de seria perturbación de duración tan prolongada, o estados prolongados de tal grado de ansiedad, que sería un error de juicio médico pedirle al paciente que los tolere sin ningún auxilio farmacológico. Lo mismo vale para los estados prolongados de insomnio, no sólo por el aumento de ansiedad que puede resultar de una sucesión de noches sin dormir, sino también por el resultante estado de fatiga(44). El estadio físico de un paciente que sufre una agitación prolongada puede peligrar por un esfuerzo excesivo, a menos que se lo calme temporalmente, y un paciente puede ponerse tan ruidoso que tiene que ser calmado por consideración a los otros pacientes. Cuando sea posible, baños continuos y envolturas húmedas merecen preferencia sobre los sedantes químicos, excepto con pacientes cuya ansiedad aumenta con las medidas restrictivas; por lo demás, la hidroterapia resulta bastante útil si se la administra como medida terapéutica y no punitiva. Algunos pacientes experimentan un gran alivio de la tensión si se les da algo de comer, sea antes de irse a acostar o cuando los amenaza el insomnio en el curso de la noche. Tendría que investigarse la cuestión de en qué medida el efecto sedante de la ingestión de alimentos se debe a su pauta infantil, de procurar protección y seguridad materiales, hasta qué punto la ingestión oral por sí misma trasmite una sensación de seguridad, y en qué medida son responsables razones fisiológicas.

Nunca tiene que haber una orden permanente para la aplicación diurna o nocturna de calmantes. Se tiene que revisar y reconsiderar diariamente la necesidad de

sedantes de cada paciente, de acuerdo con los informes diurnos y nocturnos de las enfermeras y luego de consultas con los terapeutas administrativos, a veces juntamente con los psicoanalíticos. Sobre la base de estas consultas, los psicóticos que se hallan en las condiciones mencionadas reciben sedantes de noche o, en casos graves, durante el día. Se debe desterrar del tratamiento terapéutico del hospital psicoanalítico todo intento de calmar rutinariamente a los psicóticos perturbados.

Algunos enfermeros y terapeutas administrativos son partidarios de dar sedantes a los pacientes recién ingresados, para neutralizar los estados de ansiedad que pueden surgir en la primera noche. Creo que se puede y se debe contrarrestar estos estados con la psicoterapia general. Todos los miembros del personal que tienen contacto con el paciente en el primer día, deben proponerse instruirlo sobre la filosofía y los objetivos del hospital; la responsabilidad de los enfermeros, asistentes y médicos; y las funciones del médico que practica la admisión, del terapeuta administrativo y del psicoanalista. Por lo general, el paciente viene al hospital para una psicoterapia intensiva. Se le debe decir, por consiguiente, que hay que completar los exámenes iniciales y que tienen que conocerse mutuamente el paciente y el personal médico antes de que pueda hacerse la elección de su psicoterapeuta.

A los pacientes que luego de su admisión aparentemente no entablan contacto, se les puede transmitir parte de esa información por medio de actitudes y gestos, si no con palabras. Si se efectúa adecuadamente esta instrucción mediante los esfuerzos conjuntos y organizados de los miembros del personal, se puede facilitar grandemente la adaptación del paciente a su permanencia en el hospital, y contrarrestar satisfactoriamente la aparición de estados iniciales de ansiedad.

VIII

Los parientes de un psicótico están, por lo común, entre los responsables –aunque con frecuencia no culpables– del comienzo de la perturbación mental; por lo tanto, muchos psiquiatras se inclinan a reducir todo lo posible los contactos de ellos con el paciente y el médico, si bien el paciente hospitalizado necesita las visitas de sus parientes para preservar su prestigio y autoestima. El psiquiatra necesita la ayuda de ellos para obtener información colateral, y tiene que intentar enseñarles el mejor modo de llevarse con el miembro enfermo de la familia.

Al trabajar con psicóticos, los psicoanalistas se percatan de que necesitan la colaboración de los parientes. Hay que tener en cuenta que, a diferencia del paciente, un familiar no tiene oportunidad de establecer una adecuada relación de transferencia con el psiquiatra; en consecuencia, es mucho más difícil para él que para el paciente atender a las sugerencias de aquél; además, los familiares pueden tener buenas razones para sentir desagrado por el psiquiatra o para temerlo, pues se dan cuenta de que el paciente le ha contado las penalidades que le ocasionó su familia. Mientras que al pariente esto le puede caer mal, el psiquiatra, a su vez, debe recordar que el hecho de que aquél haya tenido parte en la iniciación de procesos infortunados en la vida del paciente, no implica necesariamente que sea responsable

o culpable de ellos; pueden haberse producido a causa de acciones o actitudes que asumió el familiar por no saber hacer cosa mejor.

El psiquiatra tiene que precaverse de una tendencia a no ver a los parientes de un modo objetivo, sino a través de anteojos oscurecidos por su contratransferencia con el paciente. Es terapéuticamente beneficioso tomar el partido del paciente, por lo menos al comienzo del tratamiento. Especialmente en el caso del psicótico, debe quedar en claro que se lo somete a tratamiento por que él lo quiere, y no porque lo quieran sus parientes. No obstante, no beneficiará al paciente ni ayudará al psiquiatra a entenderse con sus familiares tomar el partido de aquél a expensas de una estimación correcta y desprejuiciada de los datos que el paciente ofrece respecto a sus familiares y a sus relaciones, al posible resentimiento de los parientes respecto al miembro mentalmente enfermo de la familia, y a las ambivalencias acerca de su tratamiento y restablecimiento.

Teniendo en cuenta todas estas consideraciones, le demandará al psiquiatra un mínimo esfuerzo establecer una relación constructiva con los familiares, por lo cual puede beneficiarse mucho el paciente. En general, el psiquiatra debe ser capaz de obtener una información colateral fidedigna de los parientes del psicótico, y de hacerles ver la conveniencia de aceptar sugerencias respecto a su actitud hacia el miembro psicótico de la familia. Recientemente hemos logrado influir muy favorablemente en el curso del tratamiento de algunos pacientes psicóticos enseñando a las madres, a través de entrevistas personales y cartas, cómo cambiar su proceder respecto a los pacientes.

En cuanto a las visitas de parientes y amigos a los psicóticos hospitalizados, los psicoterapeutas se han inclinado, en general, a eliminarlas o restringirlas si parecen perturbar más a los pacientes. Esta práctica me parece indeseable porque fomenta los prejuicios y contribuye a tenebrosas fantasías sobre los hospitales psiquiátricos. Más importante que esto es la reiterada experiencia que tiene todo psicoterapeuta en el hospital con la mayoría de los pacientes: la visita de los familiares puede trastornarlos momentáneamente. Al considerar una visita inminente, pueden pensar seriamente en negarse a ver a sus parientes. Pero cuando el visitante llega, se hace evidente que, después de todo, un gran número de los pacientes han deseado la visita. El sentido de vinculación, la elevación de la autoestima, y el aumento de prestigio a los ojos de otros pacientes, causados por las visitas de familiares y amigos, significan tanto para el psicótico hospitalizado que no se lo debe privar de ellas, aunque en ocasiones los pacientes tienen que pagarlas con un retroceso, aparentemente momentáneo, en su progreso. Los relatos autobiográficos de personas que estuvieron hospitalizadas y que se restablecieron, apuntan en la misma dirección (2, 6, 7).

En el pequeño número de casos en los que las visitas son desaconsejables, sea por la incapacidad de un familiar para tratar adecuadamente al paciente, o porque el paciente se niegue a verlo, el personal alentará a los familiares a visitar el hospital. Los inducimos a ver al superintendente, a los terapeutas administrativo y psicoanalítico y, a veces, al enfermero principal y al enfermero de Sala. De esta manera esperamos contrarrestar los prejuicios y la mala voluntad, y obtener y dar información valiosa en beneficio del paciente.

Por cierto, el papel del familiar es menos importante en las vidas de los pacientes psicoanalíticos externos (quienes tratan de liberarse de los vínculos infantiles con los familiares importantes de su infancia), que en

las vidas de los psicóticos, cuyas dificultades son tan grandes que necesitan hospitalización. Necesariamente siguen dependiendo de otras personas, por lo menos durante la duración de su hospitalización ■

Referencias bibliográficas

1. Anderson Carl.: "Project Work: An Individualized Group Therapy", *Occupational Therapy*, XV (1936), 265.
2. Ex-internado anónimo del Asilo Real de Glasgow para Lunáticos, en Cartnave: "Philosophy of Insanity". Glasgow, 1860. Reimpresión: N. York, Greenberg Publisher, 1947.
3. Bullard, Dexter M.: "The Application of Psychoanalytic Psychiatry to the Psychoses", *Psychoanalyt. Rev.* XXVI (1939), 526-34.
4. Bullard, Dexter Nf.: "Experiences in the Psychoanalytic Treatment of Psychotics", *Psychoanalyt. Quart.*, IX (1940), 493-504.
5. Bullard, Dexter NI.: "The Organization of Psychoanalytic Procedure in the Hospital", *J. Nerv. Ment. Dis.*, XCI (1940), 697-703.
6. Beers, Clifford: "A Mind That Found Itself". N. York, Longmans, Green E Co., 1917.
7. Boisen, Anton: "The Exploration of the Inner World". Chicago y N. York, Willet, Clark E Co., 1936.
8. Chapman, Ross.: "Psychoanalysis in a Psychiatric Hospital", en *Am. J. Psychiat.*, XCI (1935), 1093-1101.
9. Eissler, Kurt R.: "Limitations to the Psychotherapy of Schizophrenia", *Psychiatry*, VI (1943), 381-91.
10. Erickson, Isabel: "The Nursing Problems in the Psychiatric Hospital", *Hospitals*, XI (1937), 58-62.
11. Erickson, Isabel: "The Psychiatric Nurse", en *Am. J. Nursing*, xxxv (1935), 351-52.
12. Erickson, Isabel: "The Psychiatric Nursing Care of Manic Depressive and Schizophrenic Psychoses", *Trained Nurse and Hosp. Rev.*, XCVIII (1937), 587-92.
13. Freud, Sigmund: "On Psychotherapy". En *Collected Papers*, vol. 1.
14. Freud, Sigmund: "On Narcissism: An Introduction". En *Collected Papers*, vol. IV.
15. Fromm-Reichmann, Frieda: "Psychoanalytic Psychotherapy with Psychotics", *Psychiatry*, VI (1943), 277-79.
16. Fromm-Reichmann, Frieda: "Recent Advances in Psychoanalytic Therapy", *ibid.*, IV (1941), 161-64.
17. Fromm-Reichmann, Frieda: "Transference Problems in Schizophrenics", en *Psychoanalyt. Quart.*, VIII (1939), 412-26.
18. Fromm-Reichmann, Frieda: "A Preliminary Note on the Emotional Significance of Stereotypes in Schizophrenics", *Bull. Forest Sanitarium*, 1 (1942), 17-21.
19. Hemphill, Robert: "The Aims and Practice of Recreational Therapy", *Bull. Menninger Clin.*, 1 (1937), 117-22.
20. Kempf, E. J.: "Psychopathology". St. Louis, C. V. Mosby Co., 1920.
21. Knight, Robert P.: "The Place of Psychoanalytic Therapy in the Mental Hospital". En Glueck y Bernard (ed.), "Current Therapies of Personality Disorders", pp. 59-69. N. York, Grune and Stratton, 1946.
22. Knight, Robert P.: "Psychoanalysis of Hospitalized Patients", *Bull. Menninger Clin.*, 1 (1937), 158-67.
23. Knight, Robert P.: "The Use of Psychoanalytic Principles in the Therapeutic Management of an Acute Psychosis", *ibid.*, IX (1945), 145-54.
24. McKimins, Dorothy: "Psychiatric Nursing: the viewpoint of a Nurse", *Bull. Menninger Clin.*, II (1938), 40-46.
25. Medd, Manan: "Individualized Occupational Therapy", *Occupational Therapy*, XIV (1935), 47-51.
26. Menninger, Karl A.: "Psychoanalytic Psychiatry: Theory and Practice", *Bull. Menninger Clin.*, IV (1940), 105-23.
27. Menninger, William C.: "Individualization in the Prescriptions for Nursing Care of the Psychiatric Patient", *JAMA*, CVI (1936), 756-61.
28. Menninger, William C.: "Individualization of Psychiatric Hospital Treatment", en Wise. M. XXXVII (1938), 1086-88.
29. Menninger, William C.: "Psychiatric Hospital Therapy Designed to Meet Unconscious Needs", *Am. J. Psychiat.*, XCIII (1936), 347-60.
30. Menninger, William C.: "Psychoanalytic Interpretations of Patients Reactions in Occupational Therapy, *Recreational Therapy and Physiotherapy*, *Bull. Menninger Clin.*, 1 (1937), 148-57.
31. Menninger, William C.: "Psychoanalytic Principles Applied to the Treatment of Hospitalized Patients", *ibid.*, 1 (1936), 35-43.
32. Menninger, William C.: "Therapeutic Methods in a Psychiatric Hospital", *JAMA*, XCIX (1932), 538-42.
33. Menninger, William C., y McColl, L.: "Recreational Therapy as Applied in a Modern Psychiatric Hospital", *Occupational Therapy*, XVI (1937), 15-24.
34. Morse, R. T., y Noble, T. D.: "Joint Endeavors of Administrative Physician and Psychotherapists", *Psychiat. Quart.*, XVI (1942), 578-85.
35. Noble, Douglas: "Some Factors in the Treatment of Schizophrenia", *Psychiatry*, IV (1941), 25-30.
36. Reider, Norman: "Hospital Care of Patients Undergoing Psychoanalysis", *Bull. Menninger Clin.*, 1 (1937), 168-75.
37. Simmel, Ernst: "Die Psychoanalytische Behandlung in der Klinik", *Internat. Ztschr. Psychoanal.*, XIV (1928), 352-70. Traducido en *Internat. J. Psychoanal.*, X (1929), 70-89.
38. Simmel, Ernst: "The Psychoanalytic Sanitarium and the Psychoanalytic Movement", *Bull. Menninger Clin.*, 1 (1937), 133-43.
39. Sullivan, Harry Stack: "Environmental Factors in Etiology and Course under Treatment of Schizophrenia", *M. J. and Rec.*, CXXXIII (1931), 19-22.
40. Sullivan, Harry Stack: "Affective Experience in Early Schizophrenia", *Am. M. Psychiat.*, VI (1927), 468-83.
41. Sullivan, Harry Stack: "A Note on Formulating the Relationship of the Individual and the Group", *Am. J. Sociol.*, XLIV (1939), 932-37.
42. Sullivan, Harry Stack: "Psychiatric Training as a Prerequisite for Psychoanalytic Practice", *Am. J. Psychiat.*, XCI (1935), 1117-26.
43. Sullivan, Harry Stack: "Socio-psychiatric Research: Its Implications for the Schizophrenia Problem and for Mental Hygiene", *ibid.*, X (1931), 977-91.
44. Sullivan, Harry Stack: "Conceptions of Modern Psychiatry", *Psychiatry*, III (1940), 1-117.
45. Tidd, Charles W.: "An Examination of the Recovery Process in Three Cases of Schizophrenia", *Bull. Menninger Clin.*, 1 (1936), 53-61.
46. Weininger, Benjamin I.: "Psychotherapy during Convalescence from Psychosis". *Psychiatry*, 1 (1938), 257-04.
47. White, William Alanson: "Outlines of Psychiatry". N. York, *Nervous and Mental Disease*, 1935.
48. Zilboorg, Gregory: "Affective Reintegration in the Schizophrenias", *Arch. Neurol. and Psychiat.*, XXIV (1930), 335-47.
49. Zilboorg, Gregory: "Ambulatory Schizophrenias", *Psychiatry*, IV (1941), 149-55.



confrontaciones



Sobre las internaciones psiquiátricas

Jorge Pellegrini

*Médico psiquiatra (UBA). Director del Hospital Escuela de Salud Mental de San Luis.
Director del Instituto de Estudios Económicos, Sociales y Psicosociales de Universidad de La Punta. San Luis. Master en Salud Mental. E-mail: jpellegrini@sanluis.gov.ar*

Introducción

Las internaciones psiquiátricas, particularmente en el sistema público de Salud, se han constituido en un campo de polémicas, publicaciones, disertaciones científicas y punto de encuentro interdisciplinar muy complejo en nuestro país. Se articulan, en torno a ellas, puntos de vista jurídicos y médicos, y se enfrentan en su discusión posiciones disímiles y encuadres institucionales diferentes; es frecuente que la situación se torne dilemática, y no es raro que se confronten, estérilmente, visiones, tiempos y herramientas técnicas diferentes respecto de la enfermedad mental.

A la vez, dentro mismo de cada disciplina, se oponen concepciones antagónicas: dentro de la psiquiatría no existe acuerdo respecto del sentido, los objetivos y la utilidad de las internaciones psiquiátricas. En esta disputa juegan su papel el marco referencial que se adopte y la institución sanitaria en la que se opere. La pertenencia a hospitales asilares suele moldear la praxis, del mismo modo que la operación en instituciones abiertas, polivalentes o comunitarias logra hacer lo propio con los operadores de su campo.

Dentro del Derecho y los poderes judiciales también está abierta una polémica respecto de esta misma temática, que genera debates, conductas y medidas muy diferentes, según el marco conceptual del que se parta.

¿Cómo pensar a las internaciones psiquiátricas? ¿Son ellas protectoras de la salud y de los derechos humanos? Si es así: qué salud protegen, y qué derechos amparan? ¿Los de quienes? ¿Son una medida

terapéutica, y de qué tipo de tratamientos? ¿Son sinónimos los términos asistir, internar o recluir? ¿Se trata de una restricción de la libertad individual o colectiva? De ser así: ¿tienen límites, condiciones, objetivos, duración? Podríamos continuar con una prolongada serie de interrogantes llenos de vida, pasión y bibliografía.

Suele plantearse –cuando hay intervención de síquiatras del Poder Judicial y del ámbito sanitario público– que, en definitiva ésta es una discusión entre médicos. Así planteado no se entienden ni la magnitud ni la complejidad institucional del tema. Porque, en verdad, por encima de las profesiones en danza, lo que se plantea son cuestiones que competen a dos poderes del Estado: la pertinencia de la intervención del forense en campos ajenos a su incumbencia; el papel complementario que dichos forenses tienen toda vez que las decisiones son tomadas por el Juez; el cumplimiento de deberes de funcionario público que tienen los Directores de hospital respecto de garantizar la salud de la población; el equilibrio de poderes fijado por la Constitución; los alcances de las decisiones judiciales sobre la praxis médica; la validez médica de formulaciones como demencia en el sentido jurídico, peligrosidad, inimputabilidad; la repercusión de éstas en la salud de los enfermos; la incidencia en facilitar o condicionar los tratamientos psiquiátricos, etc.

Comenzaremos por abordar estos y otros problemas e interrogantes recurriendo a un breve recorrido histórico que nos aclare el sentido de las internaciones psiquiátricas en casi dos siglos, buscando también la significación que adquirieron en el campo social, psiquiátrico y jurídico. Resulta claro que este in-

tento no agota, ni mucho menos, la polémica en curso. Más bien, pretende alentarla.

Allá lejos y hace tiempo

La psiquiatría fue bautizada con ese nombre fundacional en 1818 (Heinroth). Quizás pueda tomarse este hecho como un punto de partida que, por supuesto, no borra ni ignora los trabajos previos de siglos con la enfermedad mental. Simplemente tomo esa acta de bautismo con un propósito analítico.

En esa época el trato hacia el loco y la locura eran la reclusión, el encierro y la exclusión social en cárceles, conventos, cuadros hospitalarios, instituciones benéficas o espacios compartidos con prostitutas y delincuentes (quizás el común denominador de "locas" para estas pobladoras de la desesperanza, tenga también este origen institucional común). La demonización social orientaba el trato cruel, en el que se mezclaban el castigo a la irracionalidad del loco, con las prácticas inquisitoriales que habían llevado a la hoguera a tantos desgraciados. Al respecto hay una nutrida bibliografía que puede consultarse, y a la cual me remito.

En lo que hace a los objetivos de este trabajo, deseo enfatizar que el castigo redimía a los locos. Vives (citado por Juan Carlos Stagnaro en 11) decía en 1530: *"Los hay que tendrán necesidad de calabozo y de cadenas, pero habrá que emplearlos de modo que puedan sacar de ello una mejoría. Pues de poder obrar de tal manera, la tranquilidad conlleva a apoderarse de su espíritu, lo que tendrá como consecuencia un retorno fácil del juicio y de la salud mental"*. Quizás la lectura de lo precedente, de hace cinco siglos, produzca una sonrisa al lector, pensando que aún hoy esta orientación punitiva orienta silenciosamente la conducta de la mayoría de las instituciones psiquiátricas públicas argentinas.

En una todavía no superada obra histórica, José Ingenieros muestra claramente esta época de la reclusión como tratamiento, respecto de nuestro país(7). Distribuidos entre las cárceles del Cabildo y el hospital jesuita de Santa Catalina, los locos compartían su destino con convalecientes, incurables y contagiosos. Pero ese era el destino de los locos pobres. Los ricos eran atendidos en estancias, o habitaciones recoletas de las mansiones adineradas, que así negaban la presencia de ese tipo de enfermos en la familia. En el siglo XX, una película de Torre Nilsson (*"La casa del ángel"*) mostró el modo en que las clases pudientes encerraban al "opa" en alguna bohardilla, durante años.

Así describía Albarellos, citado por Ingenieros, la situación hacia 1820 en Buenos Aires: *"Los dementes se alojaban en unos cuartos aislados que daban a un espacioso corralón... muy alambrado que servía a la vez de cementerio. Los desgraciados dementes, que afortunadamente eran pocos en esa época, vegetaban sin ninguna clase de tratamiento especial"*. Medio centenar de seres humanos estaban reclusos, en un hospital, que había importado del Cabildo cepos y calabozos para tratar la locura. El oscuro cuadro de dementes, tenía centinela en su acceso y era llamado la Sala de los presos (Ingenieros, *op.,cit.*). La reclusión, el castigo fí-

sico, el hacinamiento, la convivencia con otros enfermos crónicos, la servidumbre respecto de los practicantes y custodios, fueron fundacionales del manicomio, que, como vemos, nació destinado a los *locos pobres*.

Esa pesada herencia fue recibida por las instituciones médicas que pasaron a atender la locura. El pasaje desde el abordaje religioso hacia espacios más laicos, trajo consigo las ideas que habían regido durante el siglo a los loqueros. Podemos decir que fue (y sigue siendo) el principio de la *beneficencia* el que marcó a fuego estos orígenes. El Estado liberal fundaba sus instituciones en la idea de que él podía proveer lo mejor para "los desgraciados" carentes de razón. Les elegía la vida, o mejor: la supervivencia. Al fundarse los manicomios, como parte del proceso de Organización Nacional con que se cierra el siglo XIX, la reclusión pasó a llamarse internación, y se propuso objetivos de tratamiento inespecífico: el tratamiento moral, la terapia ocupacional, el trabajo, y el uso de algunos opiáceos y barbitúricos. Pero el recurso principal de tratamiento era la clinoterapia, la cama. A partir de allí, hace más de un siglo, las camas pasan a ser el referente principal de la institución manicomial (no debe olvidarse que el Código Penal de 1923, en su famoso artículo 34, habla de internación "en manicomios"). El número de camas es equivalente a medir la importancia de la institución (no es lo mismo 100 o 1000); ese número de camas es sinónimo de la capacidad y calidad asistencial de la institución, y es la primera pregunta que hacen, aún hoy, los visitantes de los hospitales psiquiátricos: ¿Cuántas camas tienen? La atención externa, ambulatoria o domiciliaria, ocupa un lugar secundario en lo asistencial, lo presupuestario y lo técnico. Incluso cuando hoy se pregunta por la cantidad de pacientes que la institución tiene, lo que en verdad se pregunta (y habitualmente se responde) es la cantidad de internados y/o camas disponibles para la internación.

De modo que el sinónimo *atención=internación* tiene estas raíces históricas, con fuerte representación en la cultura dominante y en el imaginario colectivo. Esta construcción social determina hasta hoy a las decisiones médicas y jurídicas. Y muchos oficios siguen ordenando la reclusión de personas derivadas desde el Poder Judicial para su internación compulsiva.

Pero ¿qué es hoy la internación?

Resulta claro que aquel sinónimo fue parte de un momento histórico en el que los tratamientos específicos eran prácticamente inexistentes. Las Salas de internación alojaban un número importante de locos pobres con cuadros infecciosos que les provocaban altas temperaturas y delirios. El profesor cordobés Exequias Bringas Nuñez nos explicaba porqué la penicilina fue uno de los primeros psicofármacos: porque al resolver los cuadros infecciosos e infecto-contagiosos, había quitado de las Salas a los pacientes cuyo delirio tenía aquel origen. La tarea médica era más un acompañamiento y una descripción de cuadros poco conocidos todavía, con escaso arsenal

terapéutico y un mandato benéfico de cuidados que no alcanzaba para evitar los abordajes violentos: duchas frías, castigos, aislamientos prolongados, ayunos, etc. Esta mirada asistencial estaba sustentada por la internación/reclusión, que aparecía como el principal recurso terapéutico.

Hasta la Segunda Guerra Mundial esta situación se mantuvo sin mayores cambios, si bien en la Argentina el Movimiento por la Higiene Mental cuestionó en alguna medida –en la década del 30– este ordenamiento, tomando el modelo del movimiento similar, basado en los dispensarios públicos de la Liga Argentina de Lucha contra la Tuberculosis. La aparición de técnicas específicas (sin abrir juicio de valor respecto de dichas terapias) como el *shock* insulínico o el cardiózólico, o la convulsivoterapia, demostraron una preocupación por encontrar abordajes de la locura que tuvieran a ésta como objeto de estudio y tratamiento. Lo que ellas reflejaron fue la necesidad de crear enfoques específicos.

Después de la guerra, la aparición de las psicoterapias y la psicofarmacología, creó las condiciones de relativización de la clinoterapia como herramienta inespecífica de tratamiento. Poco a poco, ésta pasó a ser una conducta médica articulada en torno a una creciente batería de alternativas terapéuticas. Fue posible encarar la enfermedad mental con otros instrumentos cuyos resultados superaban, largamente, a la reclusión, a la cama. Sin embargo, estos cambios médicos impactaron débilmente en la cultura y en otras instituciones públicas: juzgados, asilos, hogares, etc. Y será parte de un largo proceso de lucha en ese campo cultural el que permitirá a la población y a las instituciones sociales, tener una mirada diferente sobre el papel casi exclusivo (y exclusor) de las internaciones psiquiátricas, para apropiarse de los avances terapéuticos que posibilitan no sólo mejores resultados, sino el ejercicio de derechos imprescindibles para la vida (derecho a la libertad, a la libre circulación, a la familia, a la propiedad, a la dignidad, a la igualdad de oportunidades, etc.).

Hace un siglo y medio se mostró que la lepra tenía un agente causal, que era tratable y curable, que no requería de los leprosarios o del aislamiento, en tanto sus índices de contagiosidad eran bajísimos. Sin embargo, hasta cien años después, la Argentina mantuvo su leprosario de la Isla del Cerrito, hoy convertido en buena inversión inmobiliaria (esperemos no tengan igual destino los actuales manicomios...). Pero este destiempo o “demora” entre el saber colecti-



vo y las construcciones culturales por un lado, y los descubrimientos científicos por otro, muestra que es necesario ganar la opinión pública capaz de poner en la picota a los manicomios y al ideario que los sostiene. A la vez, a la luz de *resultados y descubrimientos científicos*, será posible provocar el cambio cultural capaz de lograr que la población adquiriera las ventajas del mayor conocimiento y destierre sus prejuicios y preconceptos.

Las obligaciones legales, los psiquiatras y las internaciones.

Pocos documentos públicos deben producir más violencia, confrontación y malas condiciones para el debate, que un Oficio Judicial ordenando la internación de un ser humano. Es la llamada “judicialización” (ni qué hablar si la misma es con habilitación de día y hora...). En términos estrictos se trata de reclusiones ¿Es lícito tutelar judicialmente una conducta

médica? ¿Contribuye a la salud de los enfermos? ¿Facilita la mejor asistencia? ¿Respeto el ejercicio de derechos?

Pensemos en un acto quirúrgico: ¿Es habitual que judicialmente se ordene la conducta de intervenir en el quirófano? ¿Se le ordena al equipo de cirugía operar?

Con razón señala el Prof. Alfredo Kraut(8): *“Una revista de las causas judiciales donde se discute una internación muestra que se suelen afectar las garantías del debido proceso cuando, paradójicamente, éstas se deberían extremar. Las breves sentencias que decretan la internación no son la conclusión derivada de una construcción razonada, elaborada, que, luego de valorar las pruebas, explicita los fundamentos argumentales de hecho y de derecho que sustentan la decisión”*. Esta situación tiene que ver con muchos jueces que simplemente suscriben la opinión del forense, sin reparar que la misma es complementaria, y que la decisión corresponde al Juez. Hay, sin duda, una fuerte presión jurídica y social hacia la internación y su sostenimiento *sine die*, y sin objetivos terapéuticos. Éstos habitualmente son secundarizados frente a la “necesidad” de evitar el daño o recluir la “peligrosidad”.

A la vez, actualmente existen en nuestro país internaciones tanto o más prolongadas que las psiquiátricas que no han sido objeto de la tutela judicial. O por lo menos no lo son en la medida crítica que lo es la internación psiquiátrica. Podemos poner como ejemplo las internaciones/reclusiones en comunidades terapéuticas que estipulan, como parte de su encuadre técnico, una duración de años. Podríamos pensar en pacientes con HIV o terminales que sufren prolongadas internaciones y reinternaciones. ¿Por qué se ha establecido esta diferencia entre los enfermos mentales y otros enfermos, respecto de las decisiones judiciales? Sin duda que la historia, y el estigma social de la locura juegan un papel determinante.

No podemos dejar de citar aquí, la Resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991, en la que la Organización de las Naciones Unidas fija los principios de “Protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la Salud Mental” (son los Principios de las Naciones Unidas). El Principio 16 se refiere a las “Admisiones forzosas”, estableciendo que un ser humano puede ser retenido compulsivamente en una institución psiquiátrica “si, y sólo si” un profesional basado en conocimiento médico actualizado científicamente determina que hay por causa de la enfermedad mental *“una seria probabilidad de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros”*. Repárese en que no se habla de peligrosidad como lo hace la práctica consuetudinaria judicial argentina, que se ajusta al término “peligrosidad” del que habla el Código de Procedimientos en lo Civil, mientras que el mismo Código Civil sólo habla de daño. Complementariamente en el inciso 2 de este Principio, las Naciones Unidas establecen: *“Una admisión o retención compulsiva debe hacerse inicialmente por un corto período”*(1).

En el mismo sentido que las Naciones Unidas ya se había expedido ocho años antes la Asociación Mundial de Psiquiatría, órgano consultor de la Organización Mundial de la Salud (en su Declaración de Hawái), reiterando ese pensamiento dispositivo con la Declaración “Protección y puntos de vista sobre

los derechos y la protección legal de los enfermos mentales” de Grecia/1989. Allí dice, hace 17 años: *“la internación compulsiva es una gran infracción a los derechos humanos y a las libertades fundamentales del paciente y debe llevarse a cabo con el principio de mínima restricción”*.

Este principio de mínima restricción fue tomado centralmente por la Organización Mundial de la Salud para elaborar sus Diez Principios de normas para la atención de la Salud Mental (1996). Por ejemplo, establece que *“para los tratamientos restrictivos debe existir una duración estrictamente limitada (ej.: cuatro horas para una restricción física)”*. Como se ve en estas citas, existe una ligazón dialéctica entre respeto de derechos y normas asistenciales, o técnicas terapéuticas, y éstas se desprenden del necesario respeto de aquéllos.

Resulta claro, entonces, que la internación ha dejado de ser sinónimo de tratamiento, en la medida que hace más de medio siglo se han desarrollado tratamientos específicos para la enfermedad mental, cuya aplicación hace a la responsabilidad profesional. El encamamiento (al decir de Albarelos o Ingenieros) es una más de las conductas médicas, como el Hospital de Día o de Noche, la visita domiciliaria, la atención ambulatoria, la indicación farmacológica, etc. Y la elección de este recurso solamente puede estar en manos médicas.

Incluso en otros campos de la Medicina el mismo reposo en cama ha sido revisado como conducta saludable o iatrogénica. En Traumatología se han modificado los criterios de reposo antes recomendados por largos períodos, debidos a, p/ej., las fracturas de extremidades inferiores. Hoy se ha podido revisar que el reposo prolongado apareja una cantidad de efectos no deseados que, finalmente, lo han transformado en un recurso peligroso si no es dosificado adecuadamente. Sería otro modo de observar la institucionalización, mostrando que es imprescindible poner en movimiento al sujeto, de modo que su reinserción social no se vea impedida por un criterio de reposo y aislamiento cada vez más desaconsejado.

En términos psiquiátricos el diagnóstico principal en las instituciones de reclusión es el de hospitalismo, o *institucionalización*, que los pediatras enseñaron a la medicina hace ya sesenta años. La institucionalización se superpone y enmascara a los diagnósticos de origen, logrando la masificación, adocenamiento y comportamiento de tipo rebaño de los aislados. La decisión judicial no tiene en cuenta este conocimiento médico cuando sigue indicando la conducta profesional y asistencial. La orden unilateral de internación, no sólo implica la invasión de una incumbencia profesional psiquiátrica, sino que coloca al médico actuante ante la posibilidad de mala praxis por obediencia debida a una orden sin fundamento científico. Por otra parte, los directores de las instituciones públicas, son funcionarios dependientes del Poder Ejecutivo cuya misión es velar por la salud de la población. ¿Cómo justificar entonces que otro poder, el Judicial, imponga un criterio desaconsejado técnicamente sin obligar al incumplimiento de los deberes de funcionario público?

Un cambio de estrategia médica, que implica cambios sociales profundos

En los párrafos anteriores hemos visto la correspondencia que guardan el principio de beneficencia, el tutelaje, y el patronato. Han implicado por dos siglos un paternalismo iatrogénico, con desresponsabilización del enfermo, su familia y el medio social. Ha conducido a reclusiones deshumanizantes, ha mantenido el malentendido de asistencia=internación, y ha significado la intromisión del Poder Judicial en el Poder Ejecutivo, en áreas de exclusiva incumbencia médica (las referidas a la conducta apropiada). Se olvidó que hacer cumplir la ley, es obligar a las instituciones sanitarias a prestar atención apelando a los medios y conocimientos más actualizados científicamente, pero no indicando cuál debe ser la conducta del profesional interviniente.

Al principio de beneficencia se le ha opuesto el principio de autonomía. Utilizo esta denominación por entenderla más ajustada que el término empoderamiento (*empowerment*). Pero a los fines de este trabajo se pueden usar indistintamente. Los citados Diez Principios de la Organización Mundial de la Salud de 1996 (basados en los Principios de Naciones Unidas de 1991) hablan de autodeterminación (Principio 5). Es llamativo el escaso espacio que ocupa en la bibliografía jurídica este principio que orienta la actual psiquiatría progresista en el mundo, y que está en las recomendaciones que los organismos internacionales hacen a sus estados miembros (entre ellos Argentina).

La autonomía es el principio por el cual se convoca a todos los actores sociales a tomar su lugar en la lucha contra la enfermedad. En primer lugar al paciente. La estrategia médica debe orientarse hacia lograr que cada enfermo, en la medida de sus posibilidades, amplíe su autorresponsabilidad en el proceso terapéutico. "Los enfermos tienen derecho a tener obligaciones" suele decir el ex Juez Dr. Cárdenas(2). Lo cual hace a respetar su condición humana, y a remplazar en la cura al paternalismo por el protagonismo. Está claro que en ello hay grados, pero esto implica que la tarea terapéutica debe orientarse hacia ampliar esas capacidades. Significa dejar de ver –como lo hace, en general, el Poder Judicial– al enfermo como *incapaz*, para examinar sus discapacidades y también sus capacidades presentes. Nunca una persona es discapaz respecto de todas sus capacidades. Ello está vinculado a concebir la enfermedad y la salud como un proceso cambiante y modificable, donde la existencia de la enfermedad nunca es absoluta, ni tampoco la salud lo es. Nadie es todo sano o todo enfermo. En cada uno de nosotros conviven salud y enfermedad y el proceso se desplaza en uno u otro sentido según vivamos cotidianamente en el seno familiar, social, cultural. "Hasta el más enfermo de todos los enfermos, resguarda algo de sano en sí", decía Domingo Cabred hace un siglo.

El ya mencionado Punto 5 de la OMS (1996) establece un criterio que invierte todo el edificio de la discriminación y condena: "*debe suponerse que los pacientes son capaces de tomar sus propias decisiones, a menos que se pruebe lo contrario*". Es decir: la locura no habilita la idea de incapacidad: ésta debe probarse y

no darse por supuesta. Y agrega, más adelante, que hay que "*asegurarse que los prestadores de atención de salud mental no consideren sistemáticamente que los pacientes con trastorno mental son incapaces de tomar sus propias decisiones*".

Nuevamente vemos que una ruptura en el pensamiento médico, que lo lleva del asilismo a la asistencia científicamente actualizada, obliga a revalorizar conceptos vinculados a la capacidad y al ejercicio de derechos. Y en lo que proyecta esta línea de trabajo hacia el derecho de familia, los derechos del niño, filiación e identidad, por sólo dar algunos ejemplos, la OMS establece: "*no considerar sistemáticamente que un paciente es incapaz de ejercer su autodeterminación con respecto a todos los componentes (ej. Integridad, libertad) por el hecho de que lo hayan encontrado incapaz con respecto a uno de ellos*". Esta recomendación es particularmente significativa en el pensamiento médico, en el imaginario social y en el campo jurídico: así como se absolutizan la enfermedad o la salud, también sucede lo mismo en el campo de las capacidades vitales. O se las afirma o se las niega en bloque.

El principio de autonomía nos obliga a explorar desde el inicio cuáles son los recursos preservados para el autovalimiento, por escasos que ellos sean al comienzo, y que orientarán la conducta médica, tanto en la internación como en la externación. Dicho sea de paso ¿Porqué tanta intervención judicial, tanto resguardo, tanto tutelaje y tanta conversación sobre las internaciones, y tan escasos aportes sobre la externación de un paciente? ¿No será que sigue pesando la idea de la incurabilidad y de la necesaria reclusión eterna?

Podemos también volver a citar, esta vez al Consejo de Europa (1977): "*que una hospitalización no derive necesariamente en una determinación automática de incapacidad legal, creando de ese modo problemas concernientes a la propiedad y a otros derechos económicos*".

La tarea reparatoria implica ampliar los recursos autónomos del enfermo, preparando a la institución sanitaria para acompañar el rápido desprendimiento que evite la institucionalización paternalista –causante justamente de la prolija destrucción de los recursos preservados del paciente– hacia su reinserción social. Cuando ese desprendimiento es obstaculizado por el enfoque médico, nacen la reclusión y la institucionalización y, con ellas, el avasallamiento de los derechos humanos. Es el modo en que abordaje médico y resguardo de derechos se entrelazan a partir del mismo inicio de la tarea asistencial.

Otra institución olvidada en el proceso de reinserción social, es la *familia*. Más bien los resortes asilares y judiciales tienden a dejarla del otro lado de la puerta. Pesa en esto el esquema de victimario/víctima que suele imperar en la mirada manicomial, donde cada paciente es causante del sufrimiento de sus familiares, o es producto de la maldad de éstos. Del mismo modo piensa esta situación la mayoría del Poder Judicial. Ningún enfermo nació en el manicomio: es parte de un grupo y de un circuito familiar inundado de sufrimientos. Legalmente el enfermo no debe ser abandonado por su familia, y es necesario que la institución sanitaria solicite al poder judicial (si es necesario) que éste convoque a la familia para recordarle sus obligaciones respecto de un

miembro lesionado y garantice la continuidad del tratamiento. Este tipo de intervención, según nuestra larga experiencia, produce efectos terapéuticos marcados, por cuanto una palabra socialmente calificada, la del Juez, puede ser un excelente recurso terapéutico. Esto exige que la institución sanitaria y la judicial participen de una estrategia común. Es entonces que el sistema de salud puede ayudar a que las decisiones judiciales sean justas y saludables. A la vez las intervenciones del juez pueden aportar en el camino terapéutico, subordinadas al tratamiento en su conjunto. Por tanto: este cambio estratégico –el principio de autonomía– implica, a la vez, un cambio de lugar del profesional médico, del enfermo, de su familia y del poder judicial. Quedan todos articulados en un camino que marcha rápidamente a la reinserción social, la continuidad del tratamiento (de ser necesaria) involucrando todas las responsabilidades según el lugar social que tienen, y mostrando que, así como nadie enferma solo, nadie puede curarse solo.

Como se ve estamos no sólo frente a una cuestión de derechos de los pacientes, de sus familias, y de los profesionales intervinientes. Ese mismo problema también lo es del orden de la salud. Lo que exponemos no hace solamente a lograr que lo justo rija a la atención psiquiátrica, sino que eso mismo haga terapéutica dicha tarea. *Lo sintetizamos diciendo que así como no hay Salud sin Libertad, tampoco la hay sin Justicia.*

Poder Judicial/Sistema sanitario público: una relación asimétrica

La llamada internación judicial marca una asimetría en la relación interinstitucional, cuyo origen está vinculado a considerar como reclusión el ingreso de “dementes” en el manicomio. El Código Civil, redactado en la segunda mitad del siglo XIX (1867), recoge esa idea cuando en su artículo 482 proclama: que “no podrá ser trasladado a una casa de dementes sin autorización judicial” ninguna persona enferma. A la vez, en el mismo artículo establece que “el demente no será privado de su libertad sino en los casos en que sea de temer que, usando de ella, se dañe a sí mismo o dañe a otros”. No habla de peligrosidad, noción que se incorpora después al Código de Procedimientos, pero no a la legislación de fondo.

En 1968, la Ley 17711 le otorga también esa facultad a la Policía, previa intervención “de médico oficial”. Aquí es necesario observar que el texto legal autoriza a la Policía sobre la base del muy discutible principio de ordenar la reclusión ante la posibilidad de que se “afectare la tranquilidad pública”. En tiempos como los que corren, esta formulación ampara arbitrariedades y discriminaciones de todo tipo. Hay incluso autores que saludan esta extensión de la facultad internatoria, afirmando que de este modo se vinculó a nuevos pacientes: vagabundos, oligofrénicos, enfermos mentales *lumpen* o miserables. Este extremo es posibilitado porque se igualan como causantes de internación, por un lado la necesidad de tratamiento y, por otro, evitar eventuales daños en función de la “peligrosidad” (esto está explícitamente señalado por la Ley 17.132 inc. 5°). Cabe recordar

a Castilla del Pino (cit. Por A. Kraut en “Salud Mental. Tutela Judicial”)(9): *“la consideración de la peligrosidad del psicótico es un subproducto de una ideología sobre el loco, heredera de la consideración del mismo como totalmente enajenado, y alimentada por la angustia que el presunto sano experimenta ante el propio psicótico. Esta consideración del sicótico como todo enajenado deriva en el error mayúsculo de considerar que cualquier incumplimiento de una regla social en un psicótico es expresión de un síntoma psicótico. O para decirlo claramente: que dada la catalogación de un paciente como psicótico, la valoración de cualquier agresión de su parte como expresión de su psicosis es, en la práctica, inevitable”.*

La ley agrega dos párrafos al artículo 469 del CC, facultando al juez a internar sin previa declaración de insania, y nada dice sobre el egreso de internados.

La Ley 22914 de 1983, surge como necesidad judicial, y tiene muy poco en cuenta la práctica médica actualizada, estipulando como un avance plazos que en la praxis sanitaria equivalen a verdaderas cronificaciones, e incluso conductas médicas impropias. Según el art. 1 de esa ley podrán solicitar la internación esposos, parientes, o el Ministerio Público, pero no incluye al médico hospitalario como internador. Evidentemente la Ley no toma en cuenta los aspectos médicos y terapéuticos del problema, es decir: los más importantes, y los que pueden poner en su lugar la cuestión: *la conducta médica, y la atención de los enfermos son problemas del campo de la Salud.* La Ley incluso llega a subordinar los egresos a la previa autorización judicial, lo cual hace preguntar para qué haría falta la institución sanitaria, si el ingreso y el egreso a la misma lo define un Poder ajeno a aquél del cual depende el Hospital, y se determina la conducta médica por encima de toda consideración científica especializada. Se condiciona a un poder del Estado –el Ejecutivo– que en esas condiciones no puede asumir plenamente su responsabilidad de cuidado de la salud de las personas.

La Ley referida establece la obligación del Juez de escuchar, entrevistar al causante de internación, y visitar y conocer el lugar al que lo deriva, al punto de considerarse antijurídico el comportamiento judicial que no lo efectúe. El no cumplimiento de este principio elemental, hecho más que generalizado, hace que los profesionales tratantes opinen de un ser humano que conocen y tratan con un magistrado que carece de ese conocimiento, por lo cual el diálogo se hace imposible. El ex Juez, Dr. Cárdenas, ubica este tema con suma precisión y le restituye a la internación su objetivo de facilitar el tratamiento: *“La negligencia, omisiones y retardos, ya provengan del establecimiento o del poder judicial, en torno del tratamiento del enfermo, transforman automáticamente su internación en una pérdida ilegítima de la libertad, porque lo único que la convalida es el intento de recomponer, en la medida de lo posible, las facultades mentales del paciente”*(2). Como se ve, el distinguido autor centra el objetivo de la conducta médica en la estrategia de tratamiento exclusivamente.

En su art. 11, la mencionada Ley, vuelve a dejar en manos del Juez la conducta médica, en este caso el egreso del paciente, reiterando que el juez, al disponerlo, tendrá en cuenta no sólo su estado de salud (que debiera ser la condición a tener en cuenta) sino



también las “necesidades de seguridad”. Y se llega incluso a promover la institucionalización u hospitalismo estableciendo que el asesor de incapaces debe verificar el estado del internado “cada seis meses”, tiempo más que sobrado para generar el cuadro de institucionalización característico de las instituciones totales. Hay otros instrumentos legales que establecen como obligación del sistema judicial, la visita una vez al año.

Evidentemente, hay un enorme divorcio entre requerimiento judicial y tratamiento adecuado, consagrado en esta Ley. Es habitual que personas del Derecho muestren a la 22914 como un verdadero adelanto, no siéndolo en el campo del tratamiento psiquiátrico sino en el de normatizar procedimientos judiciales, más preocupados en la custodia, la “seguridad” y la “peligrosidad” que en la rehabilitación del enfermo.

La Acordada No. 958 de la Cámara de Apelaciones en lo Civil de la Capital Federal (1987) “atenúa” esta asimetría planteando que el egreso debe ser comunicado al Juez interviniente, a quien debe solicitarse autorización, y esperarse las eventuales respuestas de éste. Este pronunciamiento mantiene la subordinación a la que nos referimos, y continúa condicionando la conducta médica sin advertir el riesgo de mala praxis que corre quien somete su decisión profesional a un tercero cuya función no es sanitaria.

Pero esta asimetría, que algunos autores del Derecho presentan en sentido inverso al que nosotros señalamos, proviene de una delegación que los jueces

han hecho en la persona de los psiquiatras, cuyos peritajes o intervenciones pasan a tener el valor de verdaderas decisiones judiciales, desde una disciplina, un lenguaje y una mirada médicos, ajenos por tanto a la disciplina jurídica. Fuerza es reconocer la existencia de un implícito acuerdo entre juristas y psiquiatras del *establishment*, para mantener este dispositivo cuya preocupación está más en el orden social, en la pseudoseguridad, que en el tratamiento y la inserción social de quien ha sido diagnosticado. Castel(3) llega a afirmar: “*el examen pericial está a la altura de una auténtica magistratura*” a lo que se debe agregar la evidente tendencia actual de considerar más los aspectos reclusivos que los terapéuticos habilitados por la conducta de internación.

Se sigue insistiendo en la necesidad de tutelaje judicial sobre la situación de los pacientes psiquiátricos. Debería agregarse que también deberían ser tutelados respecto de las decisiones judiciales que muchas veces los han transformado en objetos sobre los que se dispone y arbitra, seguramente por la escasa capacidad de negociación que les da su condición de pobres. Y, a la vez, deberían empezar a tomarse en cuenta los efectos que sobre la práctica médica tienen las presiones, muchas veces arbitrarias e infundadas, de los Poderes Judiciales. No ayuda a la mejor atención sanitaria la asimetría planteada ni la imposición de criterios, lenguajes y tiempos que no guardan relación alguna con los criterios, lenguajes y tiempos de la asistencia médica, que trata con la urgente y compleja condición del conflicto humano,

con el cara a cara y el cuerpo a cuerpo, sin la mediación del expediente ni de los tiempos sin límite.

¿Para qué recluir en instituciones psiquiátricas?

El ordenamiento legal argentino, su legislación de fondo, y las leyes que buscaron llenar vacíos dejados por disposiciones tan antiguas, dejan en claro que la orden de reclusión compulsiva o involuntaria tiene como andamiaje legal de sustento la presencia de dos situaciones: la necesidad de tratamiento y la eventualidad de daño a sí o a terceros. Vinculado a esto último está la noción de peligrosidad. Se determina una judicialización del sistema de asistencia psiquiátrica, con fines protectores, que se transforman en disposiciones de escaso fundamento científico, con escaso cumplimiento del principio de debido proceso, donde lo principal es alojar en lugar de facilitar el tratamiento. ¿Cuánto ampara y cuanto desprotege este ordenamiento?

Esta judicialización no ha contribuido a la mejor asistencia y, por lo contrario, ha hecho que los profesionales médicos intervinientes adopten una conducta defensiva de sí mismos, un recluir "por las dudas" ante la presión judicial. Esta presión reclusora, que cuenta con el aval de muchos forenses, se pone del lado de los prejuicios sociales que indican la exclusión del loco por su incurabilidad y peligrosidad. De tal modo, la indicación judicial pasa a desentenderse del tratamiento para ocuparse de la custodia sin objetivos, plazos, ni límites precisos explicitados.

Así, la institución psiquiátrica que funciona acatando este tipo de mandato socio-judicial, adopta las formas y contenidos de las llamadas por Goffman *instituciones totales*. En ellas quedan boyando miles de individuos que comparten espacios, comidas, hábitos, vestimentas, horarios no elegidos por ellos, sino impuestos por la institución. Aislados de la sociedad, estancados en sus procesos de aprendizaje y creatividad, automatizados, con escasa posibilidad de elegir, apegados a rutinas de poco sentido y utilidad. Hablamos del proceso que genera, hospitalismo, institucionalización (diagnósticos principales en los manicomios), fundados en este régimen custodial que se sustenta en el ocuparse más de la reclusión que de la salud. Resulta de escasa credibilidad afirmar que este sistema está al servicio de la cura o la rehabilitación de seres humanos enfermos.

La exigencia de que los psiquiatras pronostiquen la eventual conducta dañosa futura de un individuo, no tiene asidero científico posible, es subjetiva y arbitraria, a la vez que ataca libertades individuales con argumentos vagos, imponiendo castigos de reclusión anticipadamente, no sancionando hechos producidos sino caracterizaciones personales que la siquiatria no puede sostener seriamente. Se trata de una pena sin delito, que impone el criterio de recluir por eventuales daños futuros, con argumento no fundable científicamente, y usado con excesiva frecuencia y extensión. Hablamos del criterio de peligrosidad, que tantas veces se transforma en el principal diagnóstico siquiátrico de Historias Clínicas e informes o pericias judiciales.

Debe quedar en pie, solamente, por ser sostenible

con fundamentación científica seria, la internación de quien necesita tratamiento, pero teniendo en cuenta que *el bien a resguardar jurídicamente es la salud del enfermo, cuyo tratamiento –con o sin internación– debe garantizarse y exigirse judicialmente si es necesario*.

En este sentido adherimos a lo formulado por Alfredo Kraut(9): *La idea de custodia o peligrosidad sin un tratamiento, es una detención que afecta el principio de legalidad; de allí que existe un solo tipo de internación obligatoria y debe ser exclusivamente la que apunta a un tratamiento, tendiente a efectivizar el derecho fundamental a la protección de la salud y demás exigencias jurídicas derivadas del actual sistema constitucional*".

Que la conducta médica *internación* esté subordinada a la estrategia terapéutica, pone a ésta como objetivo central no sólo de la práctica psiquiátrica sino también de las decisiones judiciales que –lejos de interferir, reemplazar, o someter el enfoque especializado– encuentra su más amplio sentido y productividad en exigir, garantizar y solicitar el tratamiento más actualizado y con la mayor diversidad de alternativas terapéuticas, tal como hoy se hace posible a partir de la multiplicidad complementaria de abordajes curativos o paliativos.

Stone y Roth, citados por Kraut (*op. cit.*) fijan estándares éticos y profesionales para validar la internación involuntaria. Y los seis criterios por ellos establecidos son de orden médico-psiquiátrico, muy claros, explícitos y de fácil definición: diagnóstico seguro de enfermedad mental severa; pronóstico inmediato negativo; disponibilidades para un tratamiento eficaz; incompetencia del paciente para rechazar el tratamiento; tratamiento razonable; y tratamiento con el mínimo de restricción. Todo esto pone en el centro decisorio de la internación involuntaria la consideración del principal bien a resguardar: la salud del enfermo. Aún cuando puedan presentarse conductas agresivas que ponen en riesgo a otros bienes resguardables, es la consideración y necesidad de tratamiento la que indica una internación, que, además, debe cubrir estándares precisos. Aquí se plantea un punto esencial, que motiva desacuerdos: *si el régimen judicial controla la eventual admisión, o la indica; si la mira de dicho sistema está puesta en la asistencia o en la determinación de reclusión*.

A la vez, la existencia de diagnóstico médico cierto estableciendo enfermedad que requiere internación, no debe equivaler a que ésta se sostenga indefinidamente, o hasta que la enfermedad se haya curado. La internación, como parte de una estrategia general, tiene sentido mientras permite la compensación del paciente, la salida de su crisis, y la continuidad (o no) del tratamiento con otras conductas (hospital de día, hospital de noche, atención ambulatoria, atención domiciliaria, etc.). La internación adquiere así una finalidad terapéutica de ordenar la conducta, acompañar el sufrimiento, contener los temores y angustias, favorecer la elaboración de planes mínimos de futuro, tranquilizar, afinar los diagnósticos y terapias, conocer más sobre el paciente y su entorno, abrir un compás de espera/esperanza. Actuar con claridad, firmeza y comprensión aleja toda posibilidad custodial, ajena y contraria a los requerimientos del padecer psíquico. La internación se ofre-

ce también, particularmente durante la crisis, como un espacio de reubicación, de reparación y de aprendizaje sobre el sí mismo, cuya duración también es necesario precisar en el día a día, para no tornar iatrogénico aquel instrumento que resultó útil en su momento. Como en toda la práctica psiquiátrica el tema de los tiempos es esencial, en tanto la dinámica de los procesos síquicos los muestra permanentemente cambiantes, contrariamente a como los cristaliza la práctica asilar.

La reforma del Código de Procedimientos de San Luis: un camino concretado. Ley N° VI – 0150 – 2004

En el año 2004, el Poder Ejecutivo de la Provincia de San Luis impulsó un proyecto legislativo de Revisión de las leyes vigentes. En ese marco propuso reformas a los Códigos de Procedimientos en lo Civil y Comercial, como en lo Criminal, que tenían similar estructura y normativa a los de la Provincia de Buenos Aires y de la Nación(4, 5).

Respecto al tema de este trabajo sobre las internaciones psiquiátricas, se introdujeron cambios esenciales en los artículos 625, 629, 630, 631 y 636, que configuran la consolidación, también dentro del plano jurídico, de la nueva mirada sobre la salud mental instalada en San Luis. Como se verá, el Poder Judicial ha de velar por la garantía del mejor tratamiento, pero le queda vedada la facultad de ordenar la internación, conducta médica reservada para quienes profesionalmente están capacitados para hacerlo, institucionalmente deben hacerlo, y constitucionalmente lo tiene como exigencia: los funcionarios del sistema público sanitario, en cuyas manos está la conducción de las instituciones hospitalarias.

Transcribiremos cada artículo en su redacción anterior y en la reformada, para visualizar en concreto este cambio radical legislado en San Luis.

Artículo 625. “Cuando no fuere posible acompañar dichos certificados, el juez requerirá la opinión de dos médicos forenses, quienes deberán expedirse dentro de 48 horas. A ese solo efecto y de acuerdo con las circunstancias del caso, *el juez podrá ordenar la internación del presunto incapaz por igual plazo, si fuere indispensable para su examen*”.

Esto se halla referido a los requisitos para la declaración de demencia e incapacidad. La reforma que produjo la legislatura puntana –Ley No. VI-0150/2004– establece que en lugar de “ordenar la internación” el Juez “*Podrá ordenar las medidas necesarias para garantizar la integridad física del presunto incapaz...*”. Se establece una exigencia de medidas precautorias, pero no fija como facultad la internación hospitalaria, la cual podrá ser consultada, si eventualmente así cupiera, pero no ya decidida como habitual tutelaje judicial, tal como lo conocemos en la Argentina.

El artículo 626 delimita las funciones de los tres médicos psiquiatras o legistas que el juez puede designar para determinar la incapacidad. Las facultades de éstos se limitan a informar sobre “*el estado actual de las facultades mentales del presunto insano*”.

El artículo 629, decía en su redacción original:

“Cuando la demencia apareciere notoria e indudable, el juez de oficio adoptará las medidas establecidas en el artículo 148 del Código Civil, decretará la inhibición general de bienes y las providencias que crea convenientes para asegurar la indisponibilidad de los bienes muebles y valores. *Si se tratase de un presunto demente que ofreciese peligro para sí o para terceros, el juez ordenará su internación en un establecimiento público o privado*”. La Reforma puntana modificó este último párrafo en los términos siguientes: “*Si se tratase de un presunto demente que ofreciese peligro para sí o para terceros, el juez adoptará las medidas necesarias del caso*”.

De tal manera, y de modo explícito, el discutible concepto de peligrosidad no queda ya ligado como un destino de la institución sanitaria, sino que obliga al Juez a pensar en medidas diferentes, e instituciones diferentes. A pensar también en ámbitos y espacios distintos para el abordaje del “presunto demente” que se vincula a la “peligrosidad”. El Hospital público deja entonces de ser el lugar de la locura recluida compulsivamente, y de la peligrosidad confundida con la enfermedad y sus tratamientos.

El artículo 630, previo a su reforma, estipulaba: “Cuando al tiempo de formularse la denuncia el presunto insano estuviera internado, el juez deberá tomar conocimiento directo de aquél y adoptar todas las medidas que considerase necesarias *para resolver si debe o no mantenerse la internación*”. En su nueva redacción lo transcripto en itálica se reemplaza por el texto siguiente: “*resolver a los fines de garantizar la integridad física del presunto insano*”.

La reforma permite terminar con la situación har-to conocida de personas que quedan recluidas por años “porque no tienen donde ir”, o de personas dadas de alta médica, pero que continúan recluidas por falta de resolución judicial en cuanto a garantizar su seguridad física. Como se verá esta redacción termina con la psiquiatrización eterna del paciente, y obliga a tomar medidas de resguardo físico para la persona que ya no padece motivo para su internación.

El artículo 631 obligaba a los médicos a “expedirse con la mayor precisión posible sobre los siguientes puntos: diagnóstico; fecha aproximada en que la enfermedad se manifestó; pronóstico; régimen aconsejable para la protección y asistencia del presunto insano y *necesidad de su internación*”.

Todos sabemos que el párrafo puesto en itálica ha sido, en la práctica el único que ha interesado en los informes al Poder Judicial. La nueva redacción lo ha reemplazado por “*Necesidad de tratamiento*”, con lo cual pone en el centro que el mismo es conducido y determinado por el Poder que constitucionalmente está obligado a garantizar la salud de la población, el Ejecutivo, y por quienes dentro de él están profesionalmente habilitados para hacerlo. El Poder Judicial será el garante de la realización y continuidad del mismo, en caso que tal resulte necesario, y podrá solicitar o exigir la concurrencia de otras instituciones; familia biológica, familias sustitutas, vecindario, etc. en función de la estrategia terapéutica que determine la autoridad sanitaria.

Consecuentemente con lo legislado, el artículo 636 establecía: “En los supuestos de dementes presuntos o declarados que deban *permanecer interna-*



dos, el juez atendiendo a las circunstancias de cada caso, podrá disponer que el curador provisional o definitivo y el asesor de menores e incapaces visiten periódicamente al internado e informen sobre la evolución de su enfermedad y régimen de atención a que se encontrare sometido. Asimismo podrá disponer que el director del establecimiento informe periódicamente acerca de los mismos he-

chos" Lo transcripto en *itálica* fue reformado, quedando redactado así: "*permanecer bajo tratamiento continuo*", lo cual habilita las distintas estrategias terapéuticas: abordaje ambulatorio, hospital de día o de noche, atención domiciliaria, etc., y vuelve a señalar como eje de la mirada la cuestión del tratamiento y la asistencia y no de una conducta parcial, cual es la internación ■

Referencias bibliográficas

1. Asociación Mundial de Psiquiatría. Geneva Initiative. Asociación Psiquiátrica de América Latina. "Médicos. Pacientes. Sociedad". Buenos Aires, 1998.
2. Cárdenas E, Alvarez A, Grimson E. *El juicio de insania y la internación psiquiátrica*. Ed. Astrea, Buenos Aires, 1985.
3. Castel R. *El orden psiquiátrico*. Ed. La Piqueta, Madrid, 1980.
4. *Código de Procedimientos en lo Civil y Comercial de la Provincia de San Luis*. Varias ediciones.
5. Gobierno de la Provincia de San Luis. *"Digesto general de las leyes"* San Luis, 2005.
6. Goffman E. *Internados*. Amorrortu, Buenos Aires, 1980.
7. Ingenieros J. *La locura en la Argentina* [1919]. Obras Completas, Elmer Ed., Buenos Aires, 1957.
8. Kraut AJ. *Responsabilidad civil de los psiquiatras*. Ed. Abeledo Perrot, Buenos Aires, 1997.
9. Kraut AJ. *Salud Mental. Tutela judicial*. Ed. Abeledo Perrot, Buenos Aires, 2006.
10. Pellegrini JL. *Cuando el manicomio ya no está...* Ed. Fundación Jerónima, San Luis, 2005.
11. Stagnaro JC. *"La invención de los neurolépticos y la revolución psicofarmacológica"*. Documentos Temis Lostaló, Buenos Aires, 2006.

lecturas y señales



LECTURAS

Cía Alfredo H. Como superar el pánico y la agorafobia. Manual de autoayuda. Bs. As., Editorial Polemos, 2006, 200 págs.

"Repentina e inesperadamente se sintió atacado por palpitaciones, falta de aire, opresión en el pecho y garganta y un sudor frío que recorrió su cuerpo, aterrizándolo. Pensó que estaba a punto de desmayarse, descontrolarse, volverse loco o quizás morir. El ataque duró unos cuantos minutos, que le parecieron eternos. Corrió a un servicio de emergencias, suponiendo que su corazón le estaba fallando. Le practicaron exámenes clínicos y estudios de todo tipo, en diferentes especialidades módicas, pero no se detectó nada anormal. Las crisis se repitieron con mayor o menos intensidad, atemorizándolo cada vez más. Comenzó a sentirse inseguro, por el miedo y la sensación de desamparo ante un nuevo ataque. Dejó de hacer actividades que antes consideraba normales, se volvió dependiente de sus allegados para desplazarse, quienes, para peor, descreían que lo suyo fuera una enfermedad. Le prescribieron algunos calmantes, que atenuaron pero no solucionaron su grave problema... "Esta es la descripción típica de un paciente afectado por Trastorno de Pánico con Agorafobia, una enfermedad muy común que afecta a una de cada treinta personas, o sea, alrededor de un millón de personas en nuestro país. Su origen tiene una base neurobiológica y genética, influyendo también el aprendizaje infantil y el estrés acu-

mulado en los meses previos a su aparición. Se inicia generalmente, entre los 20 y 30 años de edad. Actualmente, puede lograrse la recuperación de este trastorno en la mayoría de los casos, integrando la psicoeducación con una farmacoterapia específica y recursos, cognitivo-comportamentales. Este manual, elaborado en base a la vasta experiencia clínica del autor y a los últimos avances en el tema, pone al alcance de los afectados, sus familiares y los profesionales interesados en el tema, un amplio repertorio de recursos prácticos y de sencilla implementación para superar esa enfermedad.

Muller, Fernando. Cesación Tabáquica. Tiempo de intervenir. Bs. As., Editorial Polemos, 2006, 432 págs.

El proyecto MEDEF (médico especialista en dejar de fumar) se desempeña en tres áreas: educación, asistencia e investigación, valiéndose de metodología avalada científicamente. Dedicó parte de su tarea a la formación de equipos multidisciplinarios de Salud especialmente entrenados en la lucha contra el tabaquismo, con el propósito de generar y disponer de los recursos humanos adecuados para la atención del fumador. Desde el año 1999 el Proyecto MEDEF desarrolla su labor educativa dictando Cursos de Entrenamiento Médico para la Cesación del Tabaquismo de Pre y Post grado, docencia comunitaria y escolar y encuentros de divulgación en ámbitos sociales, culturales, políticos y académicos. En mayo de 2004 el Proyecto MEDEF presenta a la comunidad científica el libro MEDEF –entrenamiento médico para la cesación del tabaquismo– en la sede de la Asociación Médica Argentina, con la participa-

ción de sus máximas autoridades, la Unión Antitabáquica Argentina, el Ministerio de Salud Pública de la Nación y autoridades del GCBA. Durante el mismo año se distribuye gratuitamente entre 3000 médicos de distintas especialidades de todo el país y recibe elogiosos comentarios de la comunidad Médica en general, de la Unión Antitabáquica Argentina, de la Fundación Interamericana del Corazón, de la Revista Argentina del Tórax y del Presidente de la Asociación Médica Argentina. En el área asistencial, con sus equipos de tratamiento, el Proyecto MEDEF atiende a fumadores que consultan para la Cesación Tabáquica en el Consultorio de Tabaquismo del Sanatorio Municipal Dr. Julio Méndez y en el Centro Médico Artigas de Prevención y Tratamiento en Salud Mental. Ofrece además asistencia a Empresas e Instituciones interesadas en adoptar políticas de restricción al Humo Ambiental de Tabaco (HAT). El área de investigación incluye la realización de trabajos científicos sobre diversos aspectos del tabaquismo con la participación de profesionales de distintas especialidades. Sus integrantes son miembros adherentes a la Unión Antitabáquica Argentina (UATA).

Suárez Richards, Manuel. Introducción a la psiquiatría. Bs. As., Editorial Polemos, 2006, 815 págs.

En los últimos años la psiquiatría ha seguido avanzando en sus teorías y sus técnicas. Su desarrollo se acompañó de una integración más acabada con la medicina general y la sociedad. En esta nueva edición de la Introducción a la Psiquiatría se actualiza la información sobre temas fundamentales como la relación médico-paciente; la epidemiología y

la prevención de los trastornos mentales; la técnica de la entrevista psiquiátrica y los instrumentos de evaluación a ser utilizados como complemento, de ella; la genética ligada al psiquismo; las nosografías contemporáneas y la descripción de los cuadros clínicos que conforman la patología propia de la especialidad, la calidad de vida y la ética en el paciente. También se aborda la problemática de la salud mental respecto del sistema judicial y los tratamientos psicoterapéuticos y psicofarmacológicos. Coordinadas por su editor, el profesor Manuel Suárez Richards, esta obra incluye las contribuciones de calificados autores argentinos y extranjeros. Todos ellos han aportado sus conocimientos, y experiencia para conformar una obra indispensable para los psiquiatras en formación, así como a los demás miembros de los equipos de salud mental, los médicos generalistas y los estudiantes de medicina.

Pelegrina Cetrán, Héctor. Fundamentos antropológicos de la psicopatología. Madrid, Ediciones Polifemos, 2006, 628 págs.

Este libro intenta responder a una doble demanda de los tiempos actuales. Por un lado, a la creciente exigencia de la psiquiatría clínica de una nueva fundamentación antropológica para su praxis. Por otro lado, intenta responder a la exigencia teórica de la nueva visión filosófica y científica de la realidad, que ha ido surgiendo a lo largo del siglo XX. Lo que se ha dado en llamar "nuevo paradigma", el reemplazo de la ontología sustancialista por otra dialéctico-comunicacional.

Así la biología actual ve al organismo como "autopoiesis", como una construcción de la identidad biológica, a través de su intercambio material, energético, e informacional con el medio, del cual se va diferenciando evolutivamente, adquiriendo creciente independencia y dominio sobre él. Esta visión ha llevado a ver la enfermedad somática como "expropiación", como pérdida de la unidad de inherencia autoconstructiva del organismo.

En el ámbito de la antropología, la superación del sustancialismo ha reemplazado la filosofía

idealista, con su sujeto "a priori" (el yo trascendental), por una filosofía de la experiencia encarnada, que ve al hombre como alguien que va construyéndose como un sujeto "a posteriori" desde su interrelación comunicativa. Ésta va diferenciando cada unidad estructural del entorno como algo real, al tiempo que hace aparecer la unidad narrativa de la propia estructura de vida, la propia mismidad real del alguien, como sujeto, (yo) propietario del vivir.

La posterior maduración del individuo hace emerger la autonomía de criterios, frente a la heteronimia social, surgiendo el "Yomismo" como sujeto, personal libre y responsable de la construcción de la vida personal. La tarea fundamental del hombre es "apropiarse del mundo (... y) apropiarse de uno mismo" (Gehlen).

La psicopatología surge desde una actitud des-apropiativa del sujeto, por la cual el mismo se despersonaliza, desrealizando su vida personal. Lo propio del sujeto queda alienado, objetualizado como algo ajeno, apareciendo como síntomas objetivos para el propio paciente y para el observador. El paciente pierde su libertad de disponer de lo propio para realizar su vida, quedando atrapado en el sufrimiento desrealizador de su síntoma.

CLEF

CAPACITACION EN LENGUA FRANCESA

Cursos de francés grupales e individuales

Cursos para profesionales

Traducciones e interpretaciones

Cursos en París

www.clef.com.ar

info@clef.com.ar

☎ 4373-7423

Av. Corrientes 1847 piso 12° E



Vivenciar

Equipo de Apoyo Psicológico

**ACOMPANIAMIENTO
TERAPÉUTICO**

Especializado en Pacientes Psiquiátricos

www.vivenciar.com.ar

4803-5377 / 15-5138-2968

Mail: informes@vivenciar.com.ar

Cordinaci3n: Lic. MarTa Lucila Murray