

VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

55



HISTORIA Y EPISTEMOLOGIA DE LA PSIQUIATRIA

*Berrios / Fuentenebro de Diego
Garrabé / Huertas García-Alejo
Hoff / Lanteri-Laura / Zysman*

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

Volumen XV - N° 55 Marzo – Abril – Mayo 2004

VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

55

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

Comité Científico

ARGENTINA: F. Alvarez, S. Bermann, M. Cetcovich Bakmas, I. Berenstein, R. H. Etchegoyen, O. Gershanik, M. A. Matterazzi, A. Monchablon Espinoza, R. Montenegro, J. Nazar, E. Olivera, 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. Barembit, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** J. Bergeret, F. Caroli, G. Lanteri-Laura, H. Lôo, P. Noël, J. Postel, S. Resnik, B. Samuel-Lajeunesse, T. Tremine, E. Zarifian. **ITALIA:** F. Rotelli. **PERU:** M. Hernández. **SUECIA:** L. Jacobsson. **URUGUAY:** A. Lista, E. Probst.

Comité Editorial

Martín Agrest, Norberto Aldo Conti, Pablo Gabay, Aníbal Goldchluk, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Daniel Matusevich, 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, H. López, 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:** G. Bazán. **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. Artiles Visbal. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **ESPAÑA:** H. Massei; 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.

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 Wintrebort, 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 S.A.
Salmún Feijóo 1035 Cap. Fed.

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

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XV N° 55, MARZO – ABRIL – MAYO 2004

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
trimestral:
marzo, junio,
setiembre y
diciembre de cada
año, con
dos Suplementos
anuales.

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
Neva Brass*

*Miedo a lo desconocido
0,90m x 1,40m
técnica mixta
1998*

*Premio mención del Salón
Nacional de la Municipalidad
de Tres de Febrero*

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- Trastornos neuropsiquiátricos en pacientes con Enfermedad de Alzheimer, A. Pollero, M. Giménez, R. F. Allegri, F. E. Taragano pág. **5**
- Epidemiología y Salud Mental: un análisis imposible para la Ciudad de Buenos Aires, F. Torricelli, A. Barcala pág. **10**

DOSSIER

HISTORIA Y EPISTEMOLOGIA DE LA PSIQUIATRIA

- Historia de la Psiquiatría en Europa. Modos de hacer historia de la Psiquiatría, F. Fuentenebro de Diego, R. Huertas García-Alejo pág. **23**
- La epistemología y la historia de la psiquiatría, G.E. Berríos pág. **29**
- La noción de epistemología regional en psiquiatría, G. Lantéri-Laura pág. **38**
- La psiquiatría como ciencia clínica. De Emil Kraepelin al neokraepelinismo, P. Hoff pág. **42**
- Recobrar la libertad de pensamiento. Entrevista a Jean Garrabé, J. C. Stagnaro pág. **48**
- Psicoanálisis y Epistemología. Desarrollo mental y producción de teorías, S. Zysman pág. **50**

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- La ilusión de una clasificación psiquiátrica
Por Henri F. Ellenberger pág. **58**

CONFRONTACIONES

- "Estamos anclados en sistemas nosológicos caducos".
Reportaje a Víctor Peralta, S. Strejilevich y J. Bustin pág. **67**

LECTURAS Y SEÑALES

- A propósito de Morel y la *démence précoce*, E. L. Mahieu pág. **73**
- In memoriam. David Liberman, S. Zysman y S. Arbiser pág. **76**
- Índice alfabético de autores pág. **79**

EDITORIAL

S

er pobre y tener dificultades para leer y comprender los tratamientos y mensajes médicos es ciertamente un riesgo para la salud. Las consecuencias del analfabetismo sobre la salud han sido ampliamente estudiadas desde hace tiempo (hace casi diez años que el JAMA, más precisamente en su entrega del 6 de diciembre de 1995, publicó uno de los principales estudios sobre la barrera que representa el analfabetismo para el acceso a la salud). En los EE.UU., en la época del artículo mencionado, se manejaban cifras sorprendentes para lo que podría esperarse de un país central y cabeza del mundo desarrollado: 21% de los adultos (unos 40 a 44 millones) era analfabeto funcional y un 25% adicional (otros 50 millones) lo era parcialmente, es decir, que no era capaz de entender, interpretar y aplicar la información de material escrito. El sondeo, que revelaba que sólo el 21% de los adultos sabía de verdad leer y escribir, causó un gran impacto, pues relegaba a Estados Unidos al puesto 49 entre los países con mayor índice de alfabetización, cuando en los años sesenta había sido el primero del mundo.

Pero hay otros datos preocupantes, en América Latina más del 60% de los enfermos crónicos es funcionalmente analfabeto; más del 66% de las personas mayores de 60 años tiene habilidades de comprensión pobres, y los enfermos con dificultades de comprensión tienen un 52% más de probabilidades de ser hospitalizados que aquellos que no presentan estas dificultades. Como enumera Gonzalo Casino "hay una amplísima variedad de situaciones y problemas causados por el analfabetismo, desde dificultades para leer un prospecto o un termómetro hasta la incapacidad de entender e interpretar una prescripción médica. Por sorprendente que parezca hay quien no entiende qué significa tomarse un comprimido con el estómago vacío, por no hablar del texto de un consentimiento informado".

El problema del analfabetismo completo o del funcional se ve agravado en los países pobres por los fenómenos de desnutrición infantil que lesionan, desde el principio de la vida, a nivel orgánico, las potencialidades de aprendizaje posteriores en la vida de los sujetos sometidos a carencias precoces.

En nuestro país, aunque no se dispone de datos estadísticos completos y fehacientes es de suponer que se pueden trasladar, sin temor a exageraciones o error, datos y hechos igualmente o mucho más dramáticos que los que acabamos de mencionar. Efectivamente, hoy en día en la Argentina registramos cifras alarmantes de desnutrición –que no debemos olvidar que permanecen iguales a las de hace pocos meses cuando los medios de difusión sacaron el tema a la luz pública con virulencia inusitada para acallararlo "inexplicablemente" poco después– y deserción escolar, o directamente la no entrada en el sistema educativo de miles y miles de niños y jóvenes. El problema debería preocupar superlativamente, no solamente por sus consecuencias en las adquisiciones intelectuales de las nuevas generaciones sino por su repercusión en la Salud Pública de la población. Una poderosa razón para entender la urgente necesidad de incluir en las instituciones educativas a todos los excluidos de ellas. El acceso a la escuela no debe entenderse, meramente, como un lugar de contención social, provisión de alimentación mínima o socialización de las conductas sino como un ingrediente indispensable en la prevención de la salud ■

J. C. Stagnaro – D. Wintrebert

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

- 1) Los artículos deben enviarse a la redacción: **Vertex**, Revista Argentina de Psiquiatría. Moreno 1785, 5° piso (C1093ABG) Buenos Aires, Argentina.
- 2) Los artículos que se envíen deben ser inéditos, redactados en castellano y presentados en diskette (en Microsoft Word o Word Office) acompañado de su respectiva copia en papel por triplicado. El título debe ser breve y preciso. Los originales incluirán apellido y nombre del/los autor/es, títulos profesionales, funciones institucionales en el caso de tenerlas, dirección postal, teléfono, fax y E-mail. Deberá acompañarse, en hoja aparte, de 4 ó 5 palabras clave y un resumen en castellano y otro en inglés que no excedan 150 palabras cada uno. El texto total del artículo deberá abarcar un máximo de 12 a 15 páginas tamaño carta, dactilografiadas a doble espacio a razón de 28 líneas por página, lo cual equivale aproximadamente a 1620 caracteres por página, tipografía Arial, cuerpo 12, en caso de utilizar procesador de texto.
- 3) Las referencias bibliográficas se ordenarán por orden alfabético al final del trabajo, luego se numerarán en orden creciente y el número que corresponde a cada una de ellas será incluido en el correspondiente lugar del texto. Ej.:
Texto: El trabajo que habla de la esquizofrenia en jóvenes(4) fue revisado por autores posteriores(1).
Bibliografía: 1. Adams, J., ...
4. De López, P., ...
 - a) Cuando se trate de artículos de publicaciones periódicas: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del artículo, nombre de la publicación en que apareció, año, volumen, número, página inicial y terminal del artículo.
 - b) Cuando se trate de libros: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del libro, ciudad de edición, editor y año de aparición de la edición.
- 4) Las notas explicativas al pie de página se señalarán en el texto con asterisco y se entregarán en página suplementaria inmediata siguiente a la página del texto a que se refiere la nota.
- 5) Gráficos y tablas se presentarán aparte, con su respectivo texto, cuidadosamente numerados y en forma tal que permitan una reducción proporcionada cuando fuese necesario.
- 6) El artículo será leído por, al menos dos miembros del Comité Científico quienes permanecerán anónimos, quedando el autor del artículo también anónimo para ellos. Ellos informarán a la Redacción sobre la conveniencia o no de la publicación del artículo concernido y recomendarán eventuales modificaciones para su aceptación.
- 7) La revista no se hace responsable de los artículos que aparecen firmados ni de las opiniones vertidas por personas entrevistadas.
- 8) Los artículos, aceptados o no, no serán devueltos.
- 9) Todo artículo aceptado por la Redacción debe ser original y no puede ser reproducido en otra revista o publicación sin previo acuerdo de la redacción.

INSTRUCTIONS FOR PUBLICATION

- 1) Articles for publication must be sent to **Vertex**, Revista Argentina de Psiquiatría, Moreno 1785, 5° piso, (C1093ABG), Buenos Aires, Argentina.
- 2) Articles submitted for publication must be original material. The author must send to the attention of the Editorial Board three printed copies of the article and one copy in PC, 3.5" DS/HD diskette, indicating the software program used and the file name of the document. The title of submitted article must be short and precise and must include the following: author/s name/s, academic titles, institutional position titles and affiliations, postal address, telephone and facsimile number and electronic mail address (e-mail). The article must be accompanied by a one page summary with the title in English. This summary must be written in Spanish and English languages, and consists of up to 150 words and should include 4/5 key words. The text itself must have a length of up to 15 pages, (aprox. 1620 characters each page).
- 3) Bibliographical references shall be listed in alphabetical order and with ascending numbers at the end of the article. The corresponding number of each references must be included in the text. Example:
Text: "The work on schizophrenia in young people (4) has been reviewed by others authors (1).
Bibliography: 1. Adams, J., ...
4. De López, P.,

- a) Journals and Periodicals publications: author/s surname name/s, initials of first and second name/e, title, name and year of publication, indicating volume number, issue number, and first and last page of the article.
 - b) Books: surname of author/s, initials of first and second name/s, title of the book, city of edition, editor's name, year of publication.
- 4) Other notes (explicative, etc.) must be indicated with an asterisk in the text and must be presented in only one page.
 - 5) Tables and graphics shall be presented each in a single page including its corresponding text and must be carefully numbered. They would be presented in such a way to allow print reduction if necessary.
 - 6) At list two members of the Scientific Committee, that will remain anonymous, must read the article for reviewing purposes. The author shall remain anonymous to them. Reviewers must inform the Editorial Board about the convenience or not of publishing the article and, should it be deemed advisable, they will suggest changes in order to publish the article.
 - 7) The views expressed by the authors are not necessarily endorsed by the Editors, neither the opinions of persons expressed in interviews.
 - 8) The Editorial Board will not return the printed articles.
 - 9) All articles accepted by the Editorial Board cannot be reproduced in other magazine or publication without the authorization of Vertex editorship.

RÈGLEMENT DE PUBLICATIONS

- 1) Les articles doivent être adressés à la rédaction: **Vertex**, Revista Argentina de Psiquiatría. Moreno 1785, 5° piso (C1093ABG) Buenos Aires, Argentina.
- 2) Les articles doivent être originaux. Ils doivent être présentés sur disquette (préciser le logiciel et la version utilisée, le nom du document) et accompagnés d'une version papier en 3 exemplaires. Le titre doit être court et précis. Les articles comportent, les noms et prénoms des auteurs, la profession, si cela est le cas, les fonctions institutionnelles, l'adresse, les numéros de téléphone et de fax, le courrier électronique. Sur une feuille à part, doivent figurer : 4 ou 5 mots-clé, les résumés, en espagnol et en anglais, qui ne peuvent excéder 150 mots, le titre de l'article en anglais. Le texte complet de l'article ne doit pas dépasser 12 à 15 pages (format 21X29,7), et comprendre approximativement 1620 signes par pages.
- 3) Les références bibliographiques sont classées par ordre alphabétique en fin de texte, puis numérotées par ordre croissant. C'est le numéro qui correspond à chaque référence qui sera indiqué entre parenthèses dans le texte. Exemple :
Texte : le travail qui mentionne la schizophrénie chez les jeunes(4) a été revu par des auteurs postérieurs(1).
Bibliographie: 1. Adams, J.,...
4. De López, P.,...

 - a) s'il s'agit d'un article, citer : les noms et les initiales des prénoms des auteurs, le titre de l'article, le nom de la revue, l'année de parution, le volume, le numéro, la pagination, première et dernière page.
 - b) S'il s'agit d'un livre : noms et initiales des prénoms des auteurs, le titre du livre, la ville d'implantation de l'éditeur, le nom de l'éditeur, l'année de parution.

- 4) Les notes en bas de page sont signalées dans le texte par un astérisque* et consignées sur une feuille à part, qui suit immédiatement la page du texte auquel se réfère la note.
- 5) Les graphiques et les tableaux sont référencés dans le texte, présentés en annexe et soigneusement numérotés afin de faciliter une éventuelle réduction.
- 6) L'article sera lu par, au moins, deux membres du Comité scientifique – sous couvert de l'anonymat des auteurs et des lecteurs. Ces derniers informeront le Comité de rédaction de leur décision : article accepté ou refusé, demande de changements.
- 7) La revue n'est pas tenue pour responsable du contenu et des opinions énoncées dans les articles signés, qui n'engagent que leurs auteurs.
- 8) Les exemplaires des articles reçus par Vertex, ne sont pas restitués.
- 9) Les auteurs s'engagent à ne publier, dans une autre revue ou publication, un article accepté qu'après accord du Comité de rédaction.

Trastornos neuropsiquiátricos en pacientes con Enfermedad de Alzheimer

Andrea Pollero

*Médica. Residente de 3° año de Psiquiatría. Hosp. "Dr. Teodoro Álvarez" (GCBA).
E-mail: andreapollero@hotmail.com.ar*

Mariana Giménez

*Médica. Residente de 3° año de Psiquiatría. Hosp. "Parmenio T. Piñero" (GCBA). Tel: 15-4477-7023;
E-mail: mariangimenez@hotmail.com.ar*

Ricardo F. Allegri

*Prof. Asociado de Neurología. Inst. Universitario CEMIC. Jefe de Neurología (a/c) y del Laboratorio de Memoria del Hosp.
"Abel Zubizarreta" (GCBA). Investigador del CONICET y del GCBA. Tel/Fax: (54) 11 4546.8227;
E-mail: allegri@jede.net*

Fernando E. Taragano

*Prof. Titular Psiquiatría. Inst. Universitario CEMIC. Jefe de Neuropsiquiatría - SIREN CEMIC. Tel/Fax: (54) 11 4546-8227;
E-mail: taragano@arnet.com.ar*

Resumen

Introducción: En la década pasada, las manifestaciones neuropsiquiátricas de la enfermedad de Alzheimer (EA) eran descriptas recién en los estadios moderados y tardíos. **Objetivo:** Realizar un relevamiento de los síntomas neuropsiquiátricos en los diferentes estadios de la EA. **Material y métodos:** A 72 pacientes con EA probable (criterios NINCDS ADRDA) y 19 sujetos controles se les realizó una extensa evaluación Neurológica, Neuropsicológica, y Neuropsiquiátrica que incluyó el Inventario Neuropsiquiátrico (NPI-Q). **Resultados:** 87,5% desarrollaron síntomas psiquiátricos, siendo los de mayor frecuencia apatía e irritabilidad. En aquellos con CDR 0,5 dichas manifestaciones ya se hallaron en el 66,6%. Los pacientes con deterioro leve (MMSE 21-30) presentaron más síntomas en la esfera afectiva, aquellos con deterioro moderado (MMSE 11-20) más síntomas psicóticos y en los de deterioro grave (MMSE 0-11) mayor expresión de síntomas frontales. **Conclusiones:** Los síntomas neuropsiquiátricos son manifestaciones frecuentes de la EA, y pueden ser reconocidos y tratados adecuadamente aún en los primeros estadios de esta enfermedad ya que contribuyen a la sobrecarga del cuidador y a menudo provocan institucionalización temprana.

Palabras clave: Enfermedad de Alzheimer – Síntomas neuropsiquiátricos – Conducta – NPI – MMSE – CDR.

NEUROPSYCHIATRIC SYMPTOMS IN PATIENTS WITH ALZHEIMER'S DISEASE

Summary

Background: In the past decade neuropsychiatric symptoms are not recognized until moderate and late stages of Alzheimer's Disease (AD). **Objectives:** To identify the neuropsychiatric symptoms in different stage of the disease. **Materials and methods:** 72 patients with probable AD (NINCDS ADRDA criteria) and 19 control subjects underwent an extensive neurologic, neuropsychologic, and neuropsychiatric evaluation including the brief questionnaire form of the Neuropsychiatric Inventory (NPI-Q). **Results:** 87,5% developed neuropsychiatric symptoms, being apathy and irritability the most frequent. In those with CDR 0,5 such findings were already present in 66,6%. Patients with mild dementia (MMSE 21-30) showed more affective symptoms, those with moderate (MMSE 11-20) more psychotic symptoms and patients with severe impairment (MMSE 0-11) showed more expression of frontal deterioration. **Conclusions:** Neuropsychiatric symptoms are frequent manifestations of AD, and must be recognized and treated properly even in the early stages of the disease because they contribute to caregiver burden and often precipitate institutionalization in nursing home.

Key words: Alzheimer Disease – Neuropsychiatric symptoms – Behaviour – NPI – MMSE – CDR.

Tabla 1 Datos Demográficos			
	Pacientes	Controles	
• n	72	19	
• Edad (años)	74.9 (+ 7.5)	75.6 (+7.7)	NS
• Escol (años)	9.7 (+ 4.8)	9.4 (+3.8)	NS
• Sexo %fem	55.5%	63.1%	NS
• MMSE	14.0 (+ 9.3)		
• Evolución (meses)	50.8 (+37.6)		
• CDR (total)	1.8 (+0.9)		
(rango)	0.5 a 3		
• CDR (N)	0.5	14	
	1	15	
	2	16	
	3	27	

Referencias: los datos (salvo sexo) están expresados en media (desvío estándar). *n*: número de pacientes. *MMSE*: Mini Mental State Examination; *CDR*: Clinical Dementia Rating; *NS*: no significativo estadísticamente.

Tabla 2 Síntomas neuropsiquiátricos			
	M + DS	n	% ptes
• Ideas delirantes	2.1 (+ 3.7)	22	30.5
• Alucinaciones	1.8 (+ 3.4)	22	30.5
• Agitación	2.3 (+ 4)	24	33.3
• Depresión	2.2 (+ 3.3)	33	45.8
• Ansiedad	3.1 (+ 4)	36	50
• Euforia	0.4 (+ 1.9)	6	8.3
• Apatía	3.7 (+ 4.7)	40	55.5
• Desinhibición	1.6 (+ 3.4)	17	23.6
• Irritabilidad	2.9 (+ 3.8)	40	55.5
• Alt. Motoras	1.5 (+ 3.5)	15	20.8
• Alt. Nocturnas	2.1 (+ 4)	21	29.1
• Apetito	1.3 (+ 3.1)	15	20.8

Referencias: El rango observado es de 0-12 para todos los síntomas neuropsiquiátricos. *M*: media; *DS*: desvío estándar; *n*: número de pacientes y % ptes: porcentaje de pacientes.

Los síntomas neuropsiquiátricos son manifestaciones comunes en las demencias. La Enfermedad de Alzheimer (EA) no es la excepción, ya en 1907 Alois Alzheimer describe entre los síntomas de ésta patología neurodegenerativa, conductas extrañas, delirios y alucinaciones(9). Si bien la EA se define principalmente en términos de sus características cognitivas y éstas son las bases del diagnóstico clínico(10); apatía, agitación, ansiedad, delirios, alucinaciones y otros pueden ser los síntomas de presentación, incluso antes de que el deterioro cognitivo sea evidente, o bien surgir en el transcurso de la enfermedad(7, 13)

Los síntomas neuropsiquiátricos de la EA tienen consecuencias significativas ya que afectan la calidad de vida, no sólo del paciente sino también del cuidador, y se encuentran asociados con aumento del uso de psicotrópicos, mayor riesgo de institucionalización y mayor costo económico(3). Asimismo, dichos síntomas pueden contribuir, junto con el perfil de deterioro cognitivo, al diagnóstico diferencial con otras demencias(2).

El objetivo del presente trabajo fue realizar un relevamiento de síntomas neuropsiquiátricos en una población de pacientes de nuestro medio con diagnóstico de EA, analizando su frecuencia y distribución según nivel de deterioro cognitivo y estadio de la enfermedad.

Material y métodos

Fueron evaluados 72 pacientes que cumplían criterios diagnósticos para EA probable, según NINCDS-ADRDA(10). Los criterios de exclusión fueron: antecedentes de enfermedad cardiovascular o traumatismo

encefalocefálico, antecedentes psiquiátricos previos al inicio de la EA, ausencia de un informante, pacientes que cumplían los criterios NINCDS-ADRDA pero presentaban características clínicas que sugerían otro tipo de demencia (demencia frontotemporal, demencia por cuerpos de Lewy, demencia vascular).

Los pacientes fueron evaluados mediante una entrevista clínica, evaluación neuropsiquiátrica y batería neuropsicológica extensa. Los datos demográficos se encuentran en la Tabla 1.

El grado de deterioro cognitivo fue determinado utilizando Mini Mental State (MMSE)(4) y el estadio evolutivo de la demencia fue establecido utilizando Clinical Dementia Rating (CDR, rango 0-3)(6).

Los síntomas neuropsiquiátricos fueron reportados por un familiar o cuidador, a través de la versión traducida y adaptada por los autores del Inventario Neuropsiquiátrico Abreviado (NPI-Q)(11). Esta escala examina la presencia de 12 síntomas específicos: apatía, delirio, alucinaciones, desinhibición, euforia, irritabilidad, agitación, depresión, ansiedad, conductas motoras aberrantes, comportamientos nocturnos y apetito. El NPI-Q otorga un score total, que es el producto de frecuencia por severidad y subscores para severidad (rango de 0 a 3) y frecuencia (rango de 0 a 4). También provee de valores que representan el grado de sobrecarga del cuidador. El informante al responder el NPI-Q, debía señalar la presencia o ausencia de cada uno de los síntomas mencionados y en caso afirmativo determinar la frecuencia y severidad de ellos (Tabla 2).

Para evaluar a la población de los 14 sujetos con CDR 0,5 se tomó un grupo de 19 sujetos sanos apareados por edad y escolaridad para control de síntomas en población normal (ver Tabla 1). Los sujetos controles eran familiares de nuestros pacientes que

no tuvieran antecedentes neurológicos, psiquiátricos o de abuso de sustancias.

Los síntomas neuropsiquiátricos fueron agrupados en tres síndromes: afectivo, psicótico y frontal; siguiendo una división de los mismos propuesta por Cummings en 1999(5).

Resultados

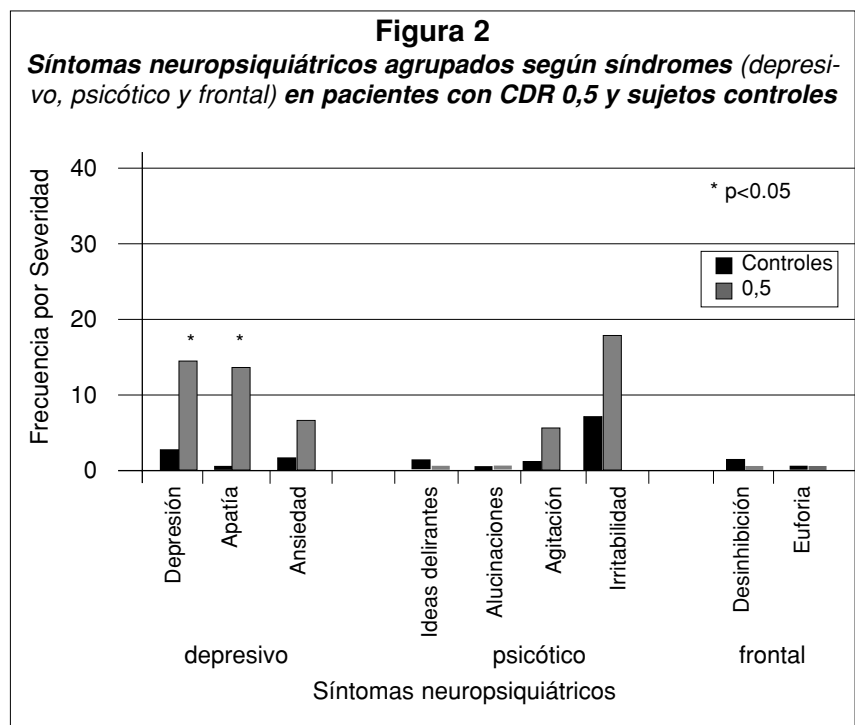
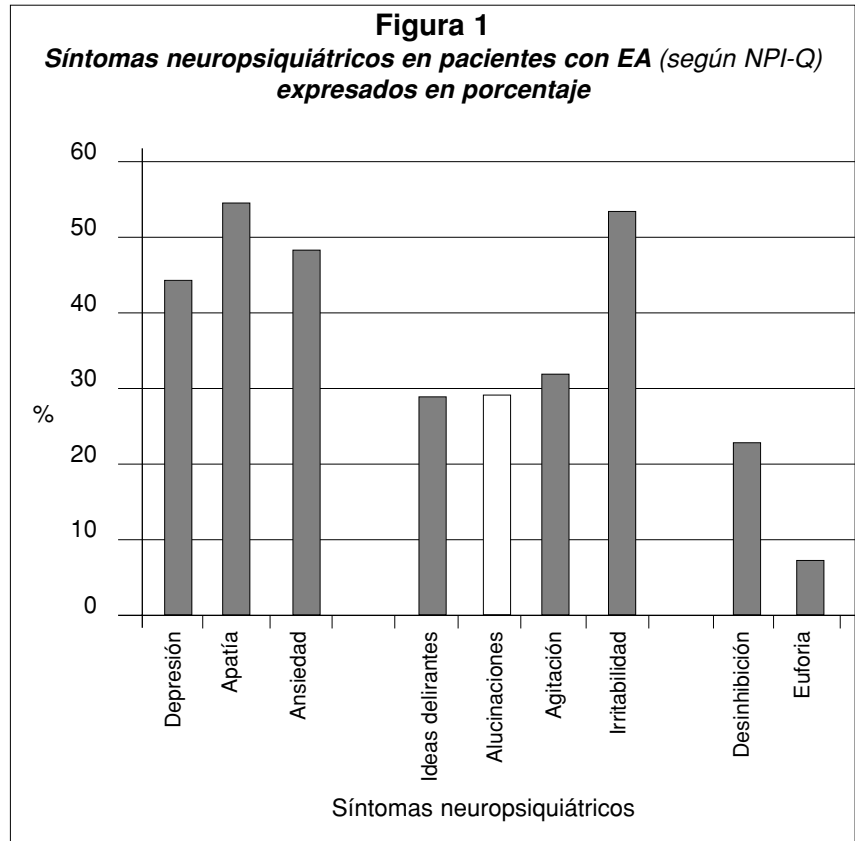
De los 72 pacientes con EA estudiados, 87,5% presentaban síntomas neuropsiquiátricos, siendo el 55,5% de sexo femenino, con una edad media de edad de 73,7 años y una media de escolaridad de 8,1 años.

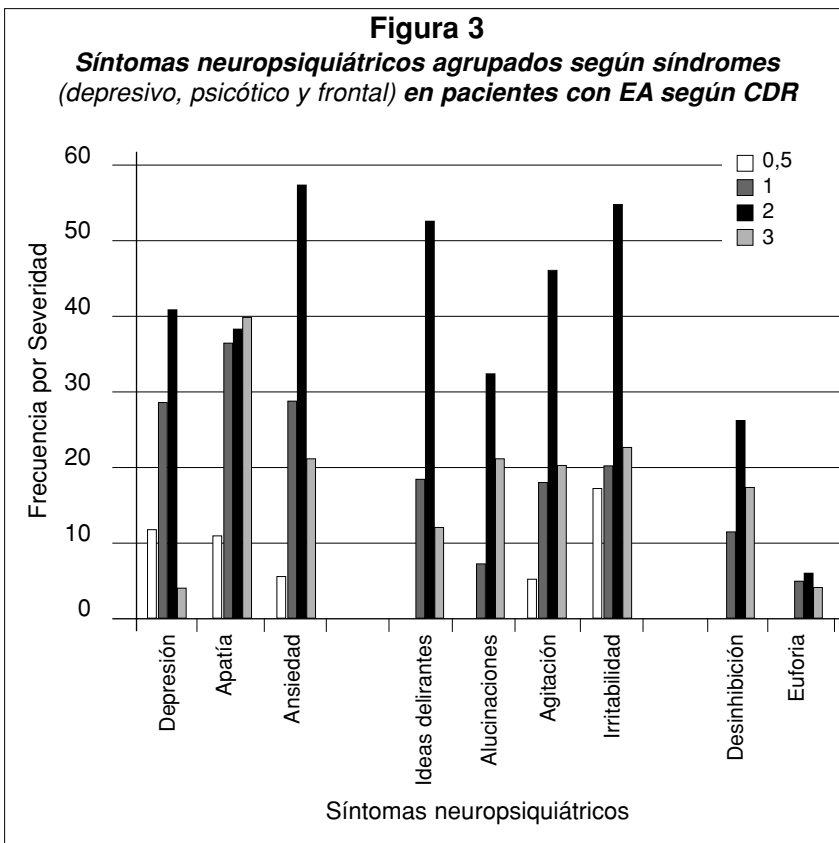
Los síntomas más frecuentes fueron la apatía y la irritabilidad, ambos presentes en el 55.5% de los pacientes. En orden decreciente, los restantes síntomas se distribuyeron de la siguiente forma: 50% ansiedad, 45,8% depresión, 33,3% agitación, 30,5% alucinaciones, 30,5% delirios, 29,1% comportamientos nocturnos, 23,6% desinhibición, 20,8% conductas motoras aberrantes, 20,8% alteraciones del apetito y 8,3% euforia (Figura 1).

En la Tabla 2 se observa el score total del NPI-Q para los diferentes síntomas, dicho score es el producto de frecuencia por severidad. Los valores más altos hallados fueron de 3,7+4,7 para la apatía y 2,9+3,8 para la irritabilidad.

Con respecto al estadio de la enfermedad, establecido por CDR, se obtuvieron los siguientes datos: los pacientes con CDR 0,5 (Alzheimer predemencia) presentaban depresión y apatía como síntomas significativamente mayores y diferentes a los encontrados en los controles normales (Figura 2). De estos últimos el 26% tuvo irritabilidad, el 21% depresión y el 10,5% ansiedad.

El 66.6% de los pacientes con CDR 0,5 presentaba síntomas psiquiátricos. Se halló que el 55%





presentaba irritabilidad, el 44% depresión, el 33% apatía, el 22 % agitación y el 11% ansiedad.

En los pacientes con CDR 1 todos los síntomas estudiados se hicieron presentes; y los scores obtenidos para apatía, depresión, ansiedad e irritabilidad fueron mayores con respecto al estadio previo de la enfermedad. En el estadio CDR 2 todos los síntomas se exacerbaron, siendo más notoria la elevación de los puntajes de NPI-Q para los síntomas psicóticos, la depresión, la irritabilidad y la agitación. En el grupo de pacientes con CDR 3 se observó una caída de todos los síntomas, con excepción de la apatía que presentó una pequeña elevación del score total (Figura 3).

La euforia fue un síntoma que no mostró variaciones en los grupos CDR 1, CDR 2 y CDR 3, siendo en todos los casos de baja frecuencia y severidad.

Finalmente, los pacientes fueron divididos en tres grupos de acuerdo al deterioro cognitivo determinado con MMSE: severo: 0-10, moderado: 11-20 y leve: 21-30. En los pacientes con MMSE mayor a 20 predominaron los síntomas de la esfera afectiva como la depresión, la apatía, la ansiedad y la irritabilidad, en los moderados aparecen como síntomas más significativos las ideas delirantes y las alucinaciones. Aquellos pa-

60%(8).

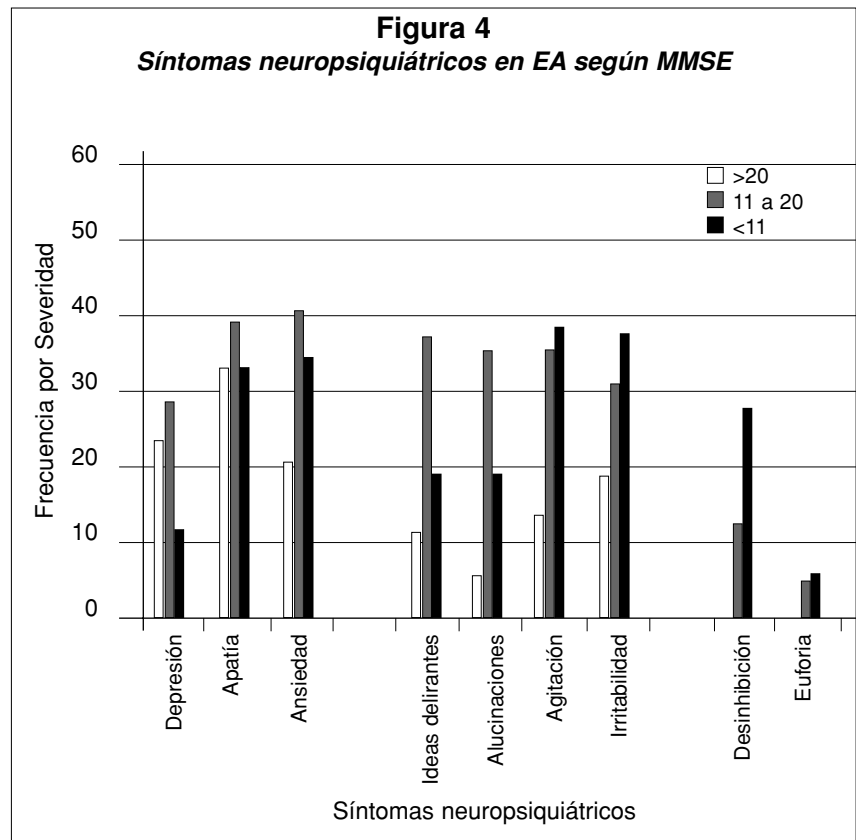
Si bien clásicamente se considera que la EA comienza con síntomas puramente cognitivos, los síntomas neuropsiquiátricos fueron de alta frecuencia en los estadios precoces de la enfermedad. En el grupo de pacientes con CDR 0,5 el 66.6% presentó síntomas neuropsiquiátricos, predominando

cientos con deterioro severo se hicieron más significativos los síntomas frontales, disminuyendo las ideas delirantes, la depresión, y la ansiedad (Figura 4).

Conclusiones

Los síntomas neuropsiquiátricos son frecuentes en la EA y juegan un rol importante en el diagnóstico y el manejo de la misma. El sufrimiento del paciente y la sobrecarga del cuidador pueden reducirse si dichas manifestaciones son identificadas y tratadas correctamente.

El presente estudio muestra lo ubicuo de los síntomas neuropsiquiátricos en la EA, los cuales se presentan en el 87,5% de los pacientes con dicho diagnóstico. Estos datos coinciden con los hallados por otros autores como Cummings, que reportó síntomas no cognitivos en el 88% de los pacientes(11) y Lyketos quién halló dichas manifestaciones en el



aquellos del síndrome afectivo. La comparación de este grupo con una población de controles sanos mostró diferencias significativas.

Los síntomas más frecuentes fueron la apatía y la irritabilidad, ambos hallados en el 55,5% de los pacientes. Estudios previos reportan a la apatía como el síntoma de mayor frecuencia(11, 5).

Con respecto a los síntomas psicóticos son muy variables los valores hallados en diferentes estudios. La frecuencia de delirios y alucinaciones en la EA oscila del 10% a 73 % y del 3% a 50% respectivamente(3, 5). En la muestra de pacientes que estudiamos ambos síntomas se presentaron en el 30,5% de los pacientes.

La depresión fue hallada en el 45,8% de los pacientes, arrojando los reportes previos valores de 0 a 86%(3, 11).

Al evaluar los síntomas neuropsiquiátricos según el estadio de la enfermedad en pacientes de la comunidad se observó un aumento progresivo de los mismos hasta el estadio CDR 2, destacándose en este estadio la aparición de síntomas psicóticos. En el esta-

dio CDR 3 aumentaron la apatía, la agitación, las alucinaciones, la desinhibición y las conductas motoras aberrantes, en tanto que el resto de los síntomas disminuyó su frecuencia y severidad, incluyendo depresión y delirios.

De acuerdo al puntaje de MMSE, los pacientes con deterioro leve (MMSE 21-30) presentaron más síntomas en la esfera afectiva; en aquellos con deterioro moderado (MMSE 11-20) se destacaron los síntomas psicóticos y en los de deterioro grave (MMSE 0-11) se evidenció mayor expresión de síntomas frontales

A diferencia del compromiso cognitivo que es mayor a medida que evoluciona la demencia, los síntomas neuropsiquiátricos fluctúan en frecuencia y severidad en los estadios leve, moderado y severo de la EA.

Es de destacar que tanto el DSM IV como la CIE-10 no tienen en cuenta los síntomas no cognitivos en el diagnóstico de la EA. Sin embargo, la alta prevalencia de los mismos y su correlación con alteraciones neuroquímicas y neuroanatómicas demostradas(1,12), debieran hacer reconsiderar dichos criterios ■

Referencias bibliográficas

1. Assal F, Cummings JL. Neuropsychiatric symptoms in the dementias. *Curr Opin Neurol*. 2002 Aug; 15(4): 445-50.
2. Bathgate D, Snowden JS, Varma A, Blackshaw A, Neary D. Behaviour in frontotemporal dementia, Alzheimer's disease and vascular dementia. *Acta Neurol Scand*. 2001 Jun; 103(6): 367-78.
3. Chung JA, Cummings JL. Neurobehavioural and neuropsychiatric symptoms in Alzheimer disease: characteristic and treatment. *Neurol Clin*. 2000 Nov; 18(4): 829-46. Review.
4. Folstein MF, Folstein SE, Mc Hugh PR. "Mini-mental State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatrist Res*, 1975 Nov; 12(3): 189-98.
5. Frisconi GB, Rozzini L, Gozzetti A, Binetti G, Zanetti O, Bianchetti A, Trabucchi M, Cummings JL. Behavioural syndromes in Alzheimer's disease: description and correlates. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 1999 Mar-Apr; 10(2): 130-8.
6. Kaufer DI, Cummings JL, Ketchel P, Smith V, Mac Millan A, Shelley T, Lopez O, DeKosky ST. Validation of the NPI-Q, a brief clinical form of the Neuropsychiatric Inventory. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2000 Spring; 12(2): 233-39.
7. Lesser IM, Miller BL, Bonne KB, et al: Psychosis as the first manifestation of degenerative dementia. *Bull Clin Neurosci* 1989; 54: 59-63.
8. Lyketsos CG, Sheppard JM, Steinberg M, Tschanz JA, Norton MC, Steffens DC, Breitner JC. Neuropsychiatric disturbance in Alzheimer's disease clusters into three groups: the Cache County Study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001 Nov; 16(11): 1043-53.
9. Mangone C, Sanguinetti R. En *Demencia Enfoque Multidisciplinario*. Mangone CA, Allegri RF, Arizaga RL y Ollari JA. Ediciones Sagitario. Buenos Aires, 1987.
10. Mc Khann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan. Clinical Diagnosis of Alzheimer's disease: report the NINCS-ADRDA Work Group under the auspices of the Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's disease. *Neurology*. 1984 Jul; 34(7): 934-44.
11. Mega M, Cummings JL, Fiorello T, Gombin J. The spectrum of behavioural changes in Alzheimer's disease. *Neurology*. 1996 Jan; 46(1): 130-5.
12. Mega MS, Lee L, Dinov ID, Mishkin F, Toga AW, Cummings JL. Cerebral correlates of psychotic symptoms in Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2000 Aug; 69(2): 167-71.
13. Rubin EH, Kinscherf DA. Psychopathology of very mild dementia of the Alzheimer type. *Am J Psychiatry*. 1989 Aug; 146(8): 1017-21.

Epidemiología y Salud Mental: un análisis imposible para la Ciudad de Buenos Aires

Flavia Torricelli

*Psicóloga, Miembro de Equipo de Investigación UBACyT P051, Doctoranda en Psicología (UBA), Ex Jefa de Residentes en Psicología Clínica, Htal. "Manuel Belgrano", Pcia. de Bs. As.
Laprida 1348 7ºB (Cap. Fed.) 4827-2002. E-mail: ftorrice@mail.retina.ar*

Alejandra Barcala

*Psicóloga, Magíster en Salud Pública (UBA), Doctoranda en Psicología (UBA).
Arce 957 2º C (Cap. Fed.) 4777-2016. E-mail: alebarcala@arnet.com.ar*

Introducción

Pensar en salud o en epidemiología –desde la perspectiva de la salud colectiva– implica ir más allá de la tradicional manera de delimitar el campo. Es ahondar en las condiciones socioeconómicas, vinculadas a los procesos de salud-enfermedad en el marco de un determinado sistema político. Desde esta perspectiva pensamos la salud como un derecho inalienable, donde la estructura económica y las relaciones sociales de producción y de cambio de una sociedad –y no los fenómenos biológicos en sí mismos– son los que determinan la relación del hombre con la naturaleza, y consecuentemente los procesos de vivir, enfermar y de curarse (13, 14).

Desde esta concepción la epidemiología intenta explicar los “problemas” y los “procesos” de salud-enfermedad de las distintas poblaciones y contextos y luego articular este conocimiento con las políticas sanitarias que resulten necesarias. Así, conocer las condiciones de vida, los datos demográficos y socioeconómicos de los hogares, los datos sanitarios y la inversión en salud resulta indispensable para pensar y ofrecer las respuestas que son necesarias en función de los procesos de salud/enfermedad de una determinada población. De este modo, la metodología empleada para el estudio de los distintos procesos del “enfermar” consiste en partir de las

condiciones generales para, desde este punto, entender lo particular (7).

A partir de que el neoliberalismo –fruto de las sociedades post industriales– se ha instalado en las sociedades latinoamericanas caracterizadas por la existencia de mercados dependientes, las condiciones de vida han ido precarizándose notoriamente hasta llegar, en estos últimos años, al empobrecimiento rotundo.

Este contexto macro plantea una distribución del mapa económico mundial y de las condiciones a las que nuestros mercados y ciudadanos están sujetos. El máximo observable de este proceso neoliberal está dado por: 1) la totalización del sistema capitalista, 2) la creciente concentración de riquezas en grupos reducidos, 3) la transnacionalización de las corporaciones, y 4) la inversión especulativa por encima de la productiva. Los emergentes directos de este proceso son: la explotación, la precarización en todo sentido (salarios bajos, salarios en negro, empleos inestables, largas jornadas laborales, ausencia de medidas de seguridad, incorporación temprana de niños al mercado de trabajo), la desocupación, la creciente polarización de clases o niveles socioeconómicos y el incremento de población en situaciones de extrema pobreza. Así, la intensidad de la pobreza es mayor que una década atrás porque la estructura económica de la región muestra un fuerte resentimiento.

En la Argentina, entre 1998 y 2002 se profundizó

Resumen

Este trabajo propone –desde una perspectiva de salud colectiva– plantear algunos lineamientos propios de la epidemiología en relación con la salud mental, dar a conocer los registros estadísticos con los que se cuenta en esta materia y reflexionar sobre la necesidad de recuperar el conocimiento epidemiológico como herramienta fundamental para diseñar las políticas sanitarias que resulten necesarias. Los datos relevados corresponden a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. No pretende ser un análisis exhaustivo ni total de la situación actual de la salud mental de la población.

Palabras clave: Epidemiología y Salud mental – Registros estadísticos en Salud Mental – Políticas en Salud Mental.

EPIDEMIOLOGY AND MENTAL HEALTH : AN IMPOSSIBLE ANALYSIS IN BUENOS AIRES CITY

Summary

This work considers –from a collective health perspective– some important aspects about the epidemiology related to the Mental Health. After an intensive screening of the existing statistical records regarding mental health in public and official Health Departments in the Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, we found only little amount of data. In order to show the importance of epidemiology as a fundamental tool to design mental health politics we think that it is necessary to know the existing statistical records about this issue and to reflect about them.

Key words: Epidemiology and mental health – Statistical records in mental health – Mental health politics.

la recesión económica. En este período la desocupación se expandió un 4,2%, los salarios reales cayeron un 23,7%, la pobreza creció más de un 60% y la indigencia aumentó un 180%(16). En Mayo de 2002, el 53% de la población total argentina –alrededor de 19 millones de personas– era pobre, y el 24,8% –casi 9 millones– era indigente (INDEC, 2002)¹. En el último año, el número de personas en situación de indigencia viene incrementándose de manera alarmante, siendo los niños los más golpeados por la pobreza (siete de cada diez niños son pobres).

Si bien la ciudad de Buenos Aires es uno de los lugares menos desfavorecidos del país, en los últimos años el perfil socioeconómico de los pobladores de la misma se fue transformando y sufrió el deterioro más importante de su historia, comparado con la media del territorio nacional.

En el año 2002, tres de cada 10 porteños estaban desempleados o subempleados y veinte de cada 100 no accedían a la canasta básica de bienes y servicios. Las villas de emergencia albergaban el 5,2% de la población (145.000 habitantes).

Es entonces cuando se agudizó la brecha entre ricos y pobres y en los últimos cinco años la desigualdad social se amplió un 355%. El 10% más favorecido económicamente ganaba 178 veces más que el sector menos beneficiado. En Mayo del año 2002, el desempleo trepaba a 16,3% y se profundizaba el deterioro en la calidad de vida. Según las cifras arrojadas por el INDEC (2001) de los 2.776.138 habitantes que viven en la Ciudad, 726.739 (26,2%) carecían de cobertura en Salud.

Las transformaciones económico-sociales que se vienen produciendo en la ciudad de Buenos Aires en las últimas décadas tienen sobre el proceso de salud/enfermedad y la atención de sus alteraciones un impacto tal que modifica de manera paulatina tanto las prácticas sociales como la vida cotidiana de las familias. Este impacto no es ajeno al ámbito de la Salud Mental. En un contexto de crecientes desigualdades e inequidades, la subjetividad de cada vez más individuos se encuentra en situación de vulnerabilidad. Los niveles de sufrimiento que trae consigo la sensación de indefensión y de desamparo se van incrementando. La fragmentación paulatina y el deterioro del Estado producen una fragilidad del yo(15).

Tanto la crisis prolongada, como el proceso de desfinanciamiento de los servicios de salud y de la seguridad social constituyen ejes ordenadores determinantes a la hora de entender las relaciones generadas entre: salud/enfermedad/atención y el grupo doméstico(17).

Por otra parte, en el sector Salud, definido como espacio social, transcurren procesos que lo redefinen permanentemente, tanto en términos coyunturales como históricos. Esto se produce dada la dimensión de poder que en él habita. Su cuota de poder se genera en la ar-

ticulación con el Estado. La interrelación entre el espacio social general y el específico de la salud, permite reflejar las circunstancias sociales, la estructura de clase y la dinámica histórica que genera cada situación particular(26). Esto evidencia, entonces, la necesidad de recontextualizar históricamente el problema planteado.

La salud mental en el escenario mundial

Los trastornos mentales son universales, vale decir que no son exclusivos de un grupo en particular, o de ciertos países. Sin embargo, en zonas donde las condiciones de vida expresan un notorio déficit, se produce una mayor concentración de patología mental. La tasa de trastornos mentales es dos veces mayor entre los pobres que entre los ricos(19). Las últimas investigaciones suministran pruebas cada vez más firmes sobre la génesis bio-social de los trastornos mentales.

Según estudios recientes(25) se ha estimado que en el mundo alrededor de 450 millones de personas padecen enfermedades neuropsiquiátricas. Estos mismos estudios demuestran que más del 25% de la población padece uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de la vida. La prevalencia encontrada es mayor en la población femenina que en la masculina. Se estima también que una de cada cuatro familias tiene al menos un familiar afectado por un trastorno mental o del comportamiento. La carga que representa el familiar enfermo no sólo es emocional sino económica. Todos esos estudios (*UK700 Group*, 1999) han demostrado que el impacto de la enfermedad mental es, además de negativo, prolongado.

Desde comienzos de la década del 90 la OMS ha propuesto medir la pérdida de salud de una población mediante el AVAD². Esta modificación ha introducido un cambio sustancial ya que modificó los indicadores tradicionales para evaluar la salud. Junto a éste, la OMS construyó indicadores sintéticos³ del nivel de salud alcanzado por una población: el EVAD (Esperanza de Vida Ajustada en función de la Discapacidad) y el EVAS (Esperanza de Vida Ajustada en función del estado de Salud).

Dentro de las 20 causas principales de EVAD, tres son trastornos mentales (para todas las edades) y seis⁴ si se considera el grupo de 15 a 44 años. El último informe de la OMS de 2001(25) prevé –según tendencias futuras– que la carga de discapacidad propia de los trastornos mentales aumentará en un plazo de tiempo mayor. Si se considera sólo el componente de discapacidad de la carga, se observa que las enfermedades mentales y neurológicas son responsables del 30,8% de todos los años de buena salud perdidos por discapacidad (APD). Por otra parte, los trastornos psicosociales son la tercera causa de morbilidad en el mundo.

Carga de enfermedad medida en AVAD* (Años de vida ajustados por discapacidad)					
Estimado 1990			Proyección 2020		
Ranking	Causa	Total	Ranking	Causa	Total
1.	Infección de las vías respiratorias	8,2	1.	Enfermedades cardíacas izquiémicas	5,9
2.	Diarreas	7,2	2.	Depresión mayor unipolar	5,7
3.	Condiciones perinatales	6,7	3.	Accidentes de tránsito	5,1
4.	Depresión mayor unipolar	3,7	4.	Enfermedades cardiovasculares	4,4
5.	Enfermedad izquiémica cardíaca	3,4	5.	Enfermedad pulmonar crónica	4,2
6.	Enfermedades cerebrovasculares	2,0	6.	Infecciones de las vías respiratorias bajas	
7.	Tuberculosis	2,9	7.	Tuberculosis	3,0
8.	Sarampión	2,7	8.	Consecuencias de las guerras	3,0
9.	Accidentes de tránsito	2,5	9.	Diarreas	2,7
10.	Anomalías congénitas	2,4	10.	HIV	2,6
En los países dependientes la depresión unipolar en las mujeres es proyectada como la causa principal de morbilidad					

* AVAD, EVAD y EVAS son indicadores sintéticos del nivel de salud alcanzado por una población. Indicadores a los que se arriba a través de encuestas sanitarias en las distintas poblaciones (medición del estado de salud en relación con 7 dominios básicos y clasificado según Clasificación nernacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la

La depresión⁵, que hoy ocupa un lugar preponderante en el escenario social, ha sido pensada en términos proyectivos para el año 2020 como la segunda causa de discapacidad, luego de las miocardiopatías, y prevé una tendencia ascendente. A este panorama se debe sumar, a su vez, que el 20% de los casos de depresión sigue una evolución crónica sin remisiones, en particular cuando no cuenta con el tratamiento adecuado.

Algunos autores –pertenecientes al campo psicoanalítico– afirman que "el sufrimiento psíquico se manifiesta hoy, predominantemente bajo la forma de la depresión". Así como la histeria se había convertido en el paradigma del siglo XIX, la depresión "ha devenido –en el siglo XXI– la epidemia psíquica de las sociedades democráticas, a la vez que los tratamientos se multiplican para ofrecer a cada consumidor una solución honorable"(20). Esta descripción, no descarta la existencia de otras patologías dentro de la esfera de la semiología sólo que, cada vez más, son vividas y tratadas como depresión. Podemos pensar que este reemplazo de un paradigma por otro no es inocente, pero en este punto compete analizar las causas que lo producen y revisar la historia en juego.

Entre las estimaciones previstas para el 2020 (Cuadro I) se han sumado, por primera vez, las consecuencias sufridas por los desplazados migrantes, producto de desastres naturales, económicos, sociales y políticos. Se estima que entre la tercera parte y la mitad de la cantidad de refugiados o desplazados –que hoy asciende a 50 millones– sufren de angustia, y el diagnóstico más frecuente es el de estrés post-traumático⁶(25).

Algunas características comunes sobre registros en salud mental en las distintas sociedades

Siendo innegable ya la estrecha imbricación entre la estructura socioeconómica, las condiciones de vida y la salud, la necesidad de participación de la comunidad en las respuestas a sus problemáticas es indispensable(23). Pese a ello, queda siempre desfasado el conocimiento epidemiológico en relación con las evaluaciones y las políticas concretas llevadas adelante.

En la mayoría de los casos –en especial en nuestro país– existe una significativa carencia de datos epidemiológicos en Salud Mental. Se cuenta sólo con datos estadísticos de consultas, en los cuales aparecen variadas expresiones de desfasaje. El primero radica en que el conocimiento nunca llega a manos ni de sus efectos, ni de los usuarios de los servicios. Otro de los desfasajes, consiste en la falta de capacitación del personal técnico o administrativo en el relevamiento de los datos requeridos para ser consignados. La consecuencia de ello es la falta de información confiable o la falta de coherencia en el dato registrado.

Si existiera un rasgo común que unificase el concepto de salud y enfermedad mental –a nivel mundial– sería precisamente la falta de registros y datos estadísticos que experimenta la mayor parte de las sociedades del planeta(25, 28). Si bien existen estudios aislados, no hay sistemas de morbilidad exhaustivos ni continuos en lo concerniente a la salud mental. Una de las razones que justificaría esta carencia es el alto costo que requieren estos estudios y la falta de una tecnología adecuada que permita arrojar datos precisos. A ello debe agregarse, la negligente y deliberada falta de una decisión política en materia sanitaria.

A estos problemas de índole política y administrativa debe agregarse otro problema intrínseco al campo de la Salud Mental: no hay todavía una unificación de registro de los estándares en la Argentina para clasificar la patología mental. En este sentido, los manuales DSM IV y la CIE 10 constituyen –a pesar de las limitaciones que plantean– un esfuerzo clasificatorio importante, pero no son utilizados en todos los Servicios hospitalarios (inclusive en la Ciudad de Buenos Aires) de modo uniforme y sistemático.

Políticas en Salud Mental

A pesar de la relevancia que supone la alta prevalencia de los trastornos mentales confirmada por el 12% de carga de morbilidad en el mundo, el presupuesto mundial para salud mental es inferior al 1% del gasto total en salud. En esta misma línea, más del 40% de los países incluidos (191 países miembros) en el informe de la OMS, no disponen de una política en salud mental, y la cifra asciende a 90% cuando se trata de una política en salud mental que incluya a niños y adolescentes(22, 25).

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires jerarquiza –tanto en su Constitución, como en la Ley Básica de Salud (1999)– el derecho a la salud de los ciudadanos. En ambas se hace alusión a que las políticas de salud mental reconocerán la singularidad de los asistidos por su malestar psíquico y su condición de sujetos de derecho, garantizando su atención en los establecimientos estatales, propendiendo a la desinstitucionalización progresiva y creando una red de servicios y de protección social, con criterios de accesibilidad, equidad, integralidad, solidaridad, universalidad y oportunidad. Con la sanción de la Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires (aún no reglamentada) que reconoce a la salud mental como un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad y cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social, se establece la necesidad de un sistema de información, de vigilancia epidemiológica y de planificación estratégica como elementos ineludibles para la correcta gestión del Sistema.

Si bien este marco jurídico constituye un avance fundamental en términos de reconocimiento de derechos, no se ha acompañado de las acciones y decisiones políticas necesarias para garantizarlos. Tampoco se han modificado sustancialmente las prácticas institucionales.

No obstante, es importante destacar que este marco legislativo se desarrolló en un escenario nacional que venía emprendiendo un proceso de reforma sanitaria (enmarcado en la reforma global del Estado), que, desde 1993, desarrollaba nuevas políticas para el

sector Salud: la descentralización y el Hospital de Autogestión. Estas políticas condujeron a una progresiva desfinanciación y deterioro de los servicios. Dicha reforma estatal tenía como condición la producción de información para la implementación de políticas, hecho que no se produjo.

Por otra parte, una de las características principales del sistema de salud en general –y en salud mental en particular– en nuestro país, es la marcada orientación del sistema hacia la atención secundaria. Los recursos humanos están abocados en su mayoría a tareas asistenciales y no preventivas.

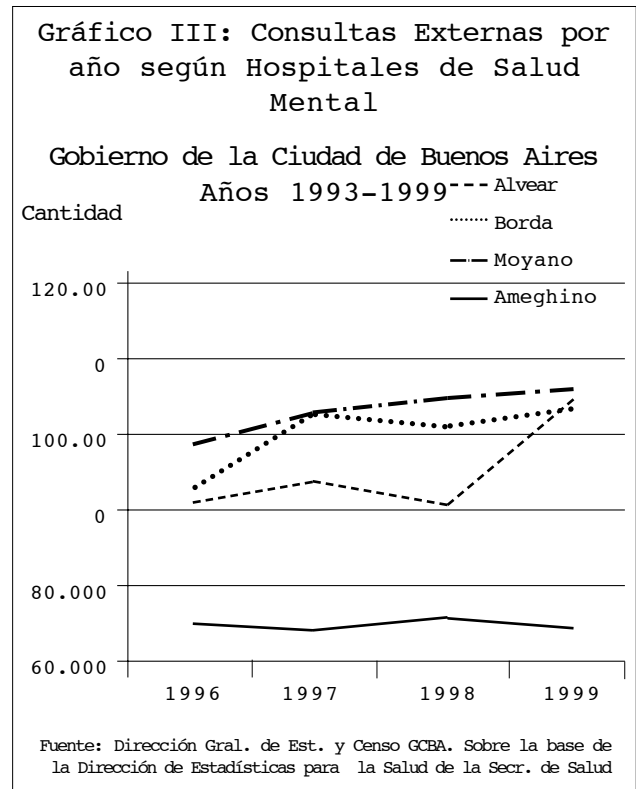
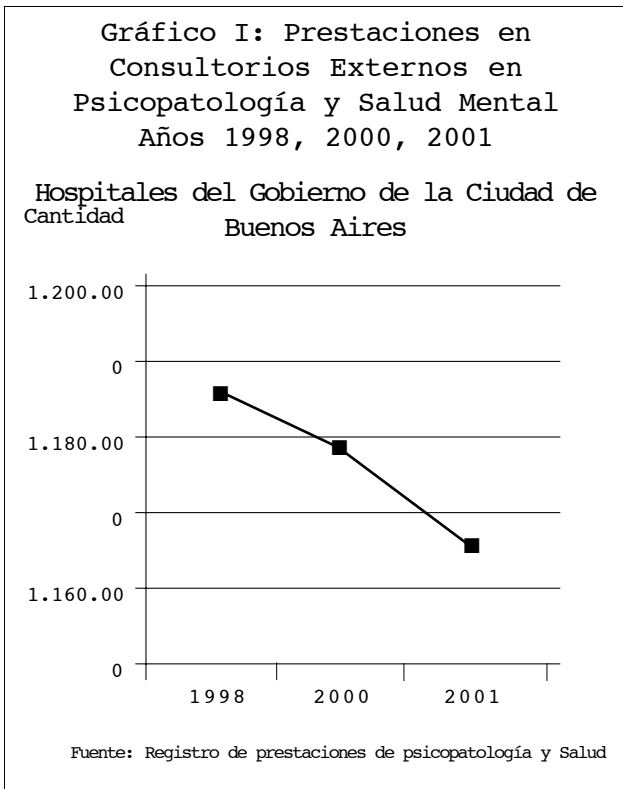
Este trabajo no pretende, entonces, compensar las carencias evidenciadas, ni dar un análisis acabado, sino explorar y dar a conocer los datos existentes y promover algunas lecturas posibles del ámbito de la Salud Mental en la Ciudad de Buenos Aires. Para ello hemos escogido centrar este estudio, en los servicios del subsector público de la Ciudad de Buenos Aires. Aunque resultaría interesante relacionar datos sobre la Inversión en Salud Mental y la distribución y asignación presupuestaria en la Ciudad, se ha restringido el presente trabajo al análisis de los datos epidemiológicos existentes y los datos estadísticos del movimiento hospitalario.

Estudios Epidemiológicos en la Ciudad de Buenos Aires

En la Ciudad de Buenos Aires no se dispone de datos epidemiológicos actualizados sobre padecimiento mental y población.

El último estudio fue realizado por el Programa de Epidemiología Psiquiátrica (Consejo Nacional de Investigaciones científicas y Técnicas [CONICET] 1979-1982), dando a conocer que un 26% de la población, presentaba síntomas de moderados a graves requiriendo de atención psicológica y/o psiquiátrica.

En 1995, en la misma jurisdicción, se realizó un estudio epidemiológico sobre motivos de consulta y diagnósticos en salud mental, acerca de la población adulta que demandaba atención ambulatoria en los Servicios de Psicopatología y Salud Mental de los Hospitales “J. A. Fernández”, “P. Piñero” y “E. Tornú”(11). Este estudio demostró que los principales motivos de consulta referidos por los pacientes eran: sentimientos de ansiedad, tensión y nervios, y depresión, siguiendo los problemas vinculares y de pareja. Los motivos de consulta fueron codificados por los autores según C.I.E. de la OMS (Décima revisión) y el 54,5% correspondía a trastornos neuróticos, un 13,8% a trastornos del humor y en tercer lugar con un 9,7% a la esquizofrenia y trastornos delirantes. Los mismos autores hallaron en un trabajo realizado

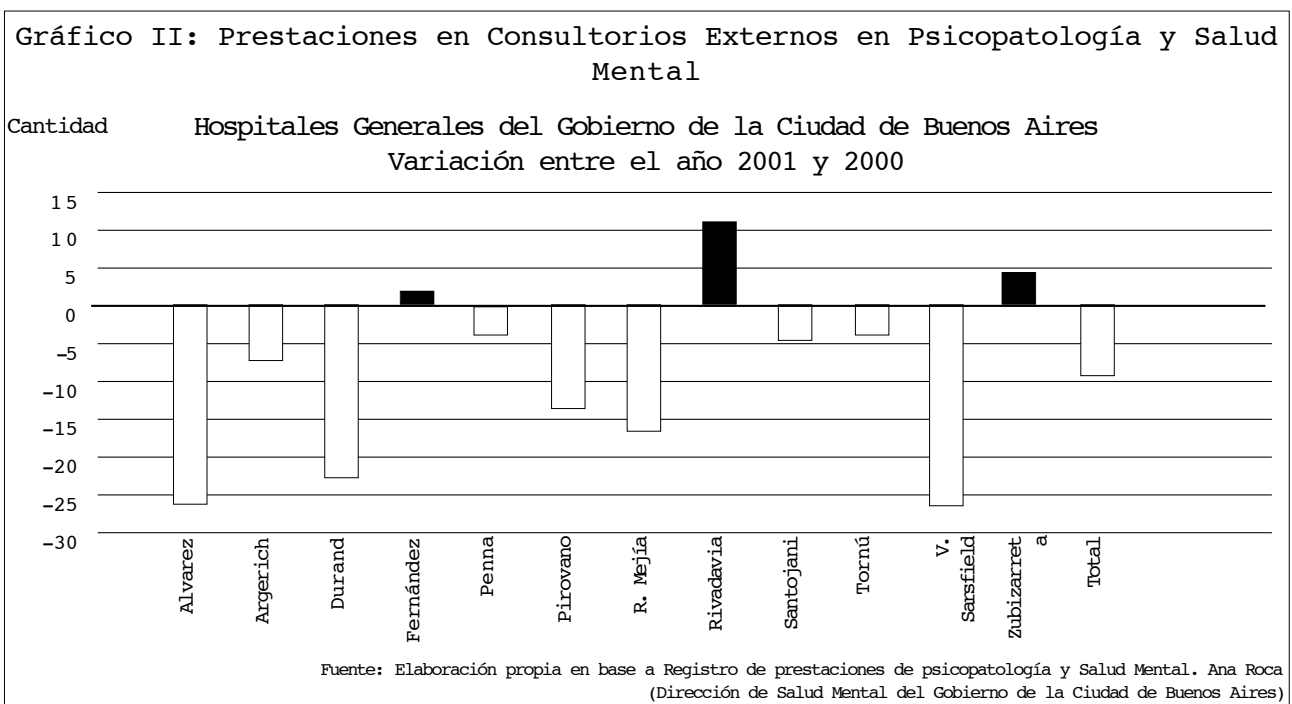


en el Hospital "J. A. Fernández" y en el Centro de Salud Mental Nº 1, que la mayor frecuencia de trastornos mentales es ocupada por los trastornos neuróticos, siguiéndoles los trastornos de personalidad y en tercer lugar los trastornos del Humor.

En ambos estudios, en lo referente al perfil de la demanda, hay coincidencia: por un lado el predominio de género es el femenino; por otra parte la demanda (en Consultorios Externos) está conformada por sectores medios y sectores medios empobrecidos, formados por grupos familiares cuyo nivel educativo es alto; algunos de los miembros perdieron el empleo y, consecuentemente, la cobertura social o, debido a

precarios contratos laborales directamente no la poseen. Entre los resultados hallados se sabe, además, que más de la mitad de los consultantes tienen educación secundaria y universitaria, y el porcentaje de desocupación corresponde al 25% de la población atendida. Respecto del lugar de residencia de los consultantes, la mayoría de ellos residía en la Ciudad de Buenos Aires.

No contar con estudios exhaustivos de población, ni con investigaciones epidemiológicas que contemplen la totalidad de los hospitales de la Ciudad en materia de salud mental, revela la insuficiencia de datos epidemiológicos para la Ciudad de Buenos Aires.



Consultas en los Servicios de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires

Con el objeto de recabar información se exploraron, además, datos relacionados con las consultas realizadas a los Servicios de Salud del Sector público de la Ciudad. Para el análisis de los datos estadísticos existen dos fuentes: el Registro de Prestaciones de Consultorios Externos de Psicopatología y Salud Mental de la Dirección de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, y la Publicación "Movimiento Hospitalario" perteneciente a la Dirección de Estadísticas para la Salud de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires⁷.

Con el objetivo de generar indicadores que sirvan al proceso de planeamiento, programación y evaluación de la gestión y que permitan la comparación entre hospitales y servicios de la especialidad, en el año 2000, la Dirección de Estadísticas para la Salud reformuló el subsistema estadístico de Psicopatología y Salud Mental ("Movimiento Hospitalario", Dirección de Estadísticas para la Salud, 2000).

Se modificó la forma de registro incluyéndose una nueva unidad de medida⁸: la "Entrevista" clasificada en "Entrevista de admisión" (según sexo y edad) y "Entrevista ulterior". Esta última incluye: Psicoterapia individual, Psicoterapia grupal, Psicoterapia de pareja y familia, Psicoprofilaxis individual, Psicoprofilaxis grupal, Psicoprofilaxis familiar, Psicodiagnóstico, Certificado de Salud Mental, Psiquiatría, Psicopedagogía individual, Psicopedagogía grupal, Terapia ocupacional individual, Terapia ocupacional grupal, Musicoterapia individual, Musicoterapia grupal, Taller grupal comunitario, Interconsulta, y Supervisiones⁹.

En este último ítem se comete el error de ubicar las supervisiones como prestaciones, llegando a sumar en algunos hospitales cifras que oscilan entre 9 supervisiones en el Hospital "E. Tornú" y las 8718 en el Centro de Salud Mental "A. Ameghino". En total, para el año 2001, se registraron 33.502 supervisiones/prestaciones.

Además, se observaron variaciones entre los datos de la Dirección de Salud Mental y los datos de la Secretaría de Salud, siendo ambos, organismos de la Ciudad de Buenos Aires. Esta última registra menor número de prestaciones. Esta situación sumada a las modificaciones en los modos de registro a través de los años, expresa significativas dificultades para la comparación de los datos. Aún en 2000, año en el que se unifica el modo de registro entre ambas fuentes, se siguen observando variaciones en muchos hospitales, aunque menos significativas.

Si consideramos el Registro de la Dirección de Salud Mental, los datos relativos a consultas externas

en salud mental de los últimos años –comparadas las cifras registradas entre los años 1998 y 2001 y teniendo en cuenta el cambio en el modo de recolección de los datos– las mismas evidencian que la consulta decae (Gráfico I). Esto sucede, aun cuando en el nuevo modo de registro se suman prestaciones que antes no estaban contempladas.

La consulta programada en hospitales generales decae¹⁰ un 9%, entre los años 2000/2001, continuando la tendencia de los años anteriores. En algunos hospitales, como el "Dr. T. Álvarez" y el "T. Vélez Sarsfield" caen hasta un 27%. Sólo en tres ("J. A. Fernández", "B. Rivadavia" y "A. Zubizarreta") de los doce hospitales generales crece la consulta o se mantiene idéntica (Gráfico II).

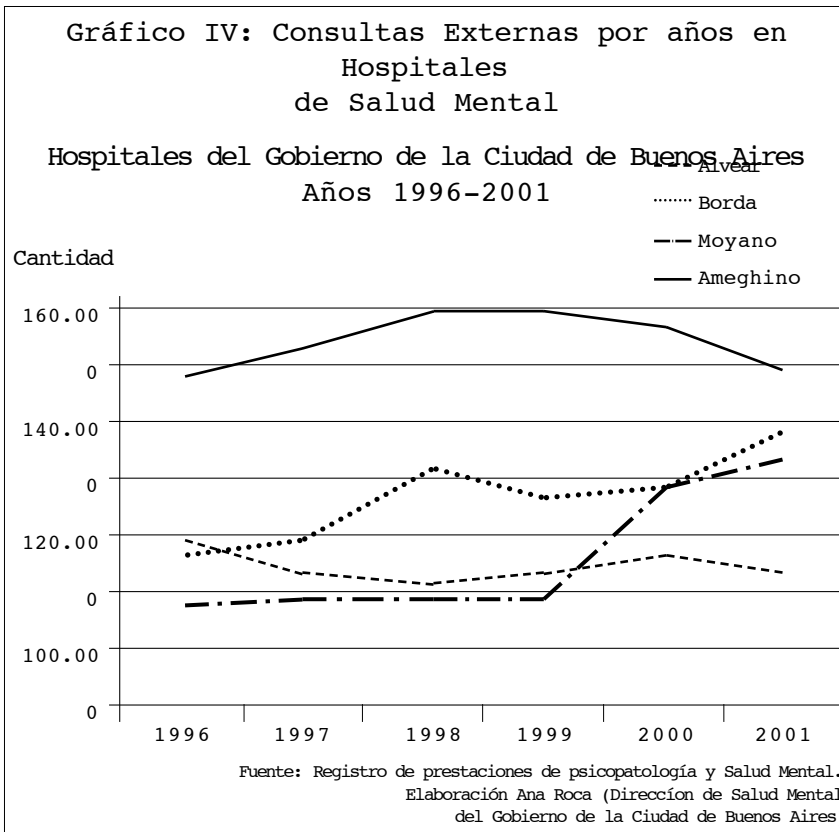
Por el contrario, en los Hospitales "J. T. Borda" y "B. Moyano" (Hospitales Neuropsiquiátricos monovalentes por excelencia) entre los años 1996 y 2001 se delinea una tendencia creciente en dichas consultas. No se puede afirmar esta misma tendencia, en el caso del Hospital "T. de Alvear", donde la consulta aún con leves fluctuaciones se mantiene estable. Para el Centro de Salud "A. Ameghino", según esta fuente la consulta también decae (Gráfico IV).

Si tomamos los datos de la Dirección de Estadísticas para la Salud del Gobierno de la Ciudad, analizando en particular las prestaciones de los Hospitales Neuropsiquiátricos de adultos se observa que, tanto en el "J. T. Borda" como en el "B. Moyano" y en el de Emergencias "T. de Alvear", las mismas han aumentado (Gráfico III). En el Hospital "J. T. Borda" el aumento fue del 142%, entre los años 1993 y 1999¹¹, 115% en el "B. Moyano", 107% en el "T. de Alvear". En el Centro "A. Ameghino" se mantiene estable.

Dentro de los datos provistos por esta misma fuente se observa un aumento significativo de las consultas recibidas por guardia en relación con las programadas. Esto se pone de manifiesto en el Hospital T. Borda, cuya relación varía de 1 consulta en guardia cada 27 consultas programadas en 1995 a 1 por guardia cada 7 programadas en 1999 y en el Hospital de Emergencias Psiquiátricas T. de Alvear de 1 consulta por guardia cada 4 programadas aumenta a 1 por guardia cada 2 programadas (Cuadro II).

Del análisis de los datos recolectados se desprende que las cifras de las consultas difieren según las fuentes, observándose una importante dispersión especialmente para el caso del Hospital Alvear y en el Centro de Salud Ameghino. Esta disparidad lesiona la confiabilidad de los datos (Gráficos III y IV).

Un estudio realizado por el equipo profesional, a cargo de la única ambulancia de emergencias psiquiátricas del ámbito público de la Ciudad de Buenos Aires perteneciente al Hospital "T. de Alvear" (21) observa que se han duplicado las demandas entre los



micas y pérdidas laborales. Por otra parte, observaron un cambio en el perfil de lo que acontece a los pacientes que consultan, describiendo un nuevo tipo de paciente que suma consumo de sustancias psicoactivas, y plantean situaciones de violencia y marginalidad agregadas a una patología psiquiátrica de base.

A partir de las conclusiones de los autores, y de los escasos estudios epidemiológicos con los que se cuenta se puede afirmar que el perfil socioeconómico de los pacientes que consultan en emergencia varía en relación a la consulta programada(11, 21), demostrando los primeros una marcada vulnerabilidad respecto de los segundos

Si bien hay una extensa producción de registros anuales sobre consultas según hospitales, sexo y edad por parte de los organismos oficiales (desde Servicios hospitalarios hasta Direcciones o Secretarías) la falta de consistencia, confiabilidad y validez de los datos sigue siendo hoy un tema por demás alarmante.

años 1998 y 2000. Si se considera el aumento en la última década, éste asciende a nueve veces.

Sin obviar la falta de confiabilidad de estos datos, encontramos la misma tendencia entre los datos proporcionados por la Dirección de Estadísticas para la Salud de la Secretaría de Salud y la investigación realizada sobre emergencias psiquiátricas: el aumento de las consultas en la emergencia.

Según el estudio citado, realizado por los profesionales del Hospital "T. de Alvear", el 73% de los consultantes no tenía trabajo, y un 90% no poseía obra social. Un 18% del total percibía menos de \$80 mensuales. Por otra parte, los padecimientos de los ciudadanos que consultaban a este servicio, eran de mayor severidad que las consultas programadas en los servicios de psicopatología de los Hospitales Generales. Eran los sectores más pobres los que utilizaban los servicios de emergencia como estrategia prioritaria.

El principal motivo de consulta que encontraron fue intentos de suicidio debido a dificultades econó-

Discusión y Conclusiones

A pesar de la indiscutible importancia que tiene la epidemiología, salvo aisladas excepciones, no ha habido en la Ciudad de Buenos Aires un desarrollo de la misma en el campo específico de la Salud Mental.

Los datos epidemiológicos son insuficientes y no posibilitan un conocimiento real de las necesidades de los ciudadanos de la Ciudad de Buenos Aires en materia de salud mental. Esto impide el diseño de políticas que respondan adecuadamente al sufrimiento mental de la población.

Como conclusión hallamos que en la Ciudad de Buenos Aires las políticas en salud y las acciones de las instituciones se orientan mediante una percepción empírica de necesidades de una población, pero no de precisiones derivadas de estadísticas epidemiológicas. Esto es coincidente con lo hallado en otros países(25). En las últimas décadas, inclusive, son las gestiones econó-

Cuadro II: Movimiento de consultorios externos y urgencias

Hospital "J. T. Borda" y "T. Alvear". Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Años 1995, 1999

Hospital	1995		Relación Urgencias/ C. Externas	1999		Relación Urgencias/ C.
	Consultas Externas	Urgencias		Consultas Externas	Urgencias	
Alvear	41.682	10.942	1/4	89.748	40.910	1/2

Fuente: Dirección Gral. de Estadística y Censos (GDA) sobre la publicación "Movimiento Hospitalario de Hospitales Municipales. Años 1995, 1999, de la Dirección de Estadísticas para la Salud. Secretaría de Salud.

micas las que exigen un conocimiento más acabado de prestaciones y registros de enfermedad, porque es el control de costos el que está en juego y no la necesidad de una epidemiología de la realidad(3).

Por otra parte, es un hecho habitual en distintas latitudes, que una vez registrados los datos epidemiológicos no exista relación entre las necesidades de la población y el sistema de salud y los servicios de salud mental que se brindan(5). En esos casos, se siguen brindando los mismos servicios sanitarios, aún cuando éstos vayan a contramano o desmientan las evaluaciones y los datos obtenidos.

A partir de los registros estadísticos de prestaciones en Salud Mental, en el subsector público de la Ciudad de Buenos Aires –adonde se incluyen por ejemplo, supervisiones con el mismo estatuto que las entrevistas de psicoterapia– es dable pensar que esto obedece a una lógica de medición de la productividad del sistema y del control sobre la utilización del tiempo de los profesionales (repetiendo año tras año estadísticas que justifiquen una planta profesional), aunque el sistema muestre signos de resquebrajamiento evidente.

En el proceso de recolección de datos hemos ubicado –en la Ciudad de Buenos Aires– algunas dificultades tales como: una falta de utilización de un sistema de codificación único y una codificación que al día de hoy es escasamente conocida o completada por los efectores o por el personal administrativo y profesional de las distintas instituciones sanitarias. Ello contribuye fuertemente a que no se disponga en la actualidad de cifras confiables que permitan un conocimiento preciso de las prácticas en salud mental y de las necesidades reales en ese dominio.

Dada la particularidad del campo de la salud mental, muchas de las prácticas en esta materia –en especial aquellas actividades que se ligan a lo preventivo o lo comunitario– no tienen registro alguno, ya que no se han encontrado aún sistemas exhaustivos de cuantificación o de evaluación para este tipo de acciones. Los sistemas vigentes suelen ser limitantes y no contemplan estas prácticas.

A la falta de datos en el Sector público, se debe agregar la falta de continuidad con experiencias llevadas a cabo cuatro o cinco décadas atrás, prácticas transformadoras de la práctica sanitaria, pero que, como consecuencia de los procesos dictatoriales fueron interrumpidas, produciéndose un hiato en la transmisión intelectual y cultural con las generaciones posteriores de los trabajadores de la salud. Cabe mencionar que es sobre estos jóvenes sobre quienes se concentra, hoy en día, gran parte de la oferta psicoterapéutica en el subsector público(1).

Esta característica de pulverización de la historia, propia de los procesos dictatoriales, ha contribuido a generar la idea de que la inscripción histórica no de-

be darse y que la construcción de un conocimiento no puede apoyarse en lo anterior.

A partir de los datos recabados en la Dirección de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, hallamos que, en líneas generales, la consulta programada decae. Si bien, dada la falta de confiabilidad de los datos, no se puede concluir que esta tendencia sea absoluta, resultaría interesante investigar la veracidad o no de este dato.

Estudios realizados en poblaciones pobres –tanto en nuestro país, como en otras sociedades latinoamericanas, por ejemplo en México– muestran que en épocas de crisis el ingreso de los hogares más pobres, baja y el área de salud es sacrificada dado que la población termina por no consultar al médico(2, 8). Como efecto del empobrecimiento –tal como se ha descrito para la Ciudad de Buenos Aires– la población se repliega de la consulta o deserta de ella, tratando de resolver cuestiones esenciales para su supervivencia. En esas investigaciones, es habitual encontrar como primeros obstáculos la falta de dinero para el traslado al dispositivo de salud, con el objetivo de sostener con continuidad los tratamientos y para la adquisición de prescripción farmacológica.

Dentro del conjunto de acciones en salud mental es posible observar una predominancia de la actividad asistencial por encima de la prevención y dentro de la primera el abordaje psicoterapéutico individual es el prioritario. Si consideramos la profunda crisis por la que atraviesan cada vez más hogares de la Ciudad de Buenos Aires –situación que favorece la ruptura del vínculo social y la fragmentación de los lazos comunitarios– resulta llamativo que siga siendo hegemónica la oferta psicoterapéutica individual. Cabría preguntarse si los dispositivos psicoterapéuticos pueden no estar adecuándose a las necesidades específicas y actuales de la población.

Este posible desfasaje de los servicios de atención puede explicarse en virtud de la falta de dispositivos comunitarios que alberguen y contengan la necesidad de la población, la falta de dispositivos grupales y la falta de enlaces con otras disciplinas y sectores. A estos factores debe agregarse también, quizás, la deficitaria capacitación de los profesionales para poder repensar y rediseñar respuestas terapéuticas que se adecuen más a las necesidades de esa población, que hoy no llega a la consulta programada por costosa o, quizás, por ineficiente o por inadecuada. En muchos casos, este tipo de respuestas están al servicio del mantenimiento de una identidad profesional, cuya matriz se encuentra alejada o en desfasaje respecto de la real necesidad que plantea subvertir lo conocido y enfrentarse a profundos niveles de desamparo.

Por uno o varios motivos, esta práctica no incluye estrategias renovadoras o reflexiones responsables de

modo constante y sistemático, que contemplen las prioridades ante las cuales el profesional se encuentra. Hay un aplastamiento de lo creativo y una reproducción a-crítica, más pendiente de justificar niveles de productividad, fieles a un sistema predatorio, que de resolver el padecimiento del semejante.

A partir de los datos dados por la Secretaria de Salud, y de la investigación realizada en el Hospital "T. de Alvear", se desprende una tendencia al aumento de la consulta en emergencia. Podría inferirse que el aumento de la consulta en emergencia supone, sobre todo, un mayor estado de gravedad del padecimiento de los pacientes.

Sería necesario además, indagar si se ha modificado la estrategia de utilización de los dispositivos de atención por parte de la población, otorgando prioridad a los Servicios de Guardia por encima de la consulta programada. A ello puede sumarse que los dispositivos de menor complejidad, que deberían catalizar progresivamente dicha atención son ineficientes o insuficientes. Dentro de este fenómeno, podemos ubicar la existencia de extensas listas de espera, como un modo de expulsión encubierto, incidiendo esto en la disminución de la consulta en consultorios externos.

Por otro lado, resulta llamativo que –a pesar de la benéfica repercusión que han tenido los servicios de Psicopatología de los Hospitales Generales, desde su creación en el año 1957, y la aceptación por parte de la comunidad de las prácticas en salud mental en nuestro país– la demanda mayoritaria para resolver el padecimiento mental sea hoy a dispositivos históricamente manicomiales, según la tendencia arriba descrita.

Es posible que, a partir de la caída de la estructura socioeconómica de nuestro país evidenciada en los últimos años, las problemáticas que motivan la consulta en todos los Servicios de Salud Mental sean cada vez más graves y complejas, lo cual torna prioritario pensar y organizar la oferta de servicios en función de la nueva situación.

Como principal y contundente conclusión se observa que se torna cada vez más necesaria la existencia de estudios epidemiológicos que den cuenta del impacto de la crisis en la salud mental. Se comprueba una clara ausencia de políticas sanitarias, evidenciada por la falta de datos, diagnósticos y planificación racional de respuestas a las necesidades que plantea la población.

La falta de datos epidemiológicos es un exponente claro de la precarización sanitaria y de la indiferencia evidenciada en los distintos sectores profesionales (con distintos niveles de responsabilidad), en especial de los sectores políticos que terminan acentuando la exclusión que padecen las personas que sufren trastornos mentales. Si consideramos que la tendencia en el mundo demuestra la carencia de respuestas sanitarias necesarias en materia de salud mental, la situación se agrava en el contexto de la Ciudad de Buenos Aires.

Como hemos descrito, en esta ciudad, las condiciones de vida han ido volviéndose más precarias, peligrando así severamente la salud mental de todos los ciudadanos. Esta precarización incluye a cada uno de los sujetos expuestos a padecer cada vez más una patología mental, quienes, a su vez, recibirán ca-

da vez menos una respuesta adecuada. A este cuadro de situación se agrega la "precarización" del pensamiento y de la práctica de todos los efectores de la salud (funcionarios, técnicos y administrativos).

Los complejos procesos macro-contextuales y políticos, y el retroceso de la participación del Estado, en la responsabilidad de las políticas sociales históricamente consensuadas, ha derivado en decisiones que generaron un deterioro de las condiciones sanitarias. Así es que se ha acentuado la inequidad y se ha excluido o "desafiliado"(6) a buena parte de la población.

Las condiciones de profundo deterioro económico –tal como se desprende de los datos antes descritos para la Ciudad de Buenos Aires– han provocado descensos significativos de los niveles de vida, el empobrecimiento de las condiciones sociales y las condiciones de precarización del trabajo, cuyo impacto se ha sentido en forma traumática, no sólo en los hogares más pobres, sino en los distintos estratos sociales sujetos a otros procesos de transformación.

Estos procesos han profundizado las desigualdades, incrementando las diferencias entre ricos y pobres y experimentando un impacto determinante en el campo de la salud mental. La salud, y en particular la salud mental, constituye uno de los lugares donde se reflejan más directamente los efectos de la crisis.

Estas particulares formas de producción socioeconómica generan un estilo de sociedad y proponen condiciones para la aparición de nuevas subjetividades o nuevas formas de organización social. Son condicionantes estructurales que deben tenerse en cuenta a la hora de enmarcar y evaluar la salud mental de los ciudadanos y a la hora de analizar un perfil epidemiológico que refleje esas condiciones estructurales. Vale decir que, si bien los modos de sufrimiento son subjetivos y subjetivables, los procesos macro-contextuales determinan los modos de padecer, así como también las respuestas que pueden ser ofrecidas. La detección en aumento y progresiva de depresiones o pseudo-depresiones en estos contextos y condiciones de vida, vuelve, entre otras cosas, a poner en discusión la determinación endógena-biológica de la salud mental. Los constantes procesos de des-subjetivación y de des-identificación (fragmentos plausibles de supervivencia que se ven reducidos en función de lo auto-conservativo y ya no de la auto-preservación) son la base para la representación del sí mismo, articulado en función de procesos de inclusión y exclusión constante(4). En la actualidad, parece existir un espacio flotante sin fijación ni referencia, una disponibilidad pura adaptada a la aceleración de los tiempos y de los cambios(12).

Para algunos teóricos –como Giddens(10)– que intentan conceptualizar la modernidad, el yo actual es quebradizo, fracturado y fragmentado, es decir que lo histórico-social actúa como un fuerte condicionante a la constitución del narcisismo y, en definitiva, a la constitución psíquica. De este modo, en la constitución del sujeto, los sentimientos omnipotentes de valoración alternan con sus opuestos, el vacío y la desesperación, lo que termina produciendo una frágil identidad del yo. Ya que la subjetividad se construye en el encuentro con las instituciones en las que se alberga, la fragmentación paulatina y el deterioro de cada una de ellas produce una fragilidad y una caída de la unidad del yo.

En un momento como éste, la importancia de contar con un conocimiento epidemiológico de la salud mental se ve subrayada por la necesidad de reflexionar acerca de las condiciones estructurales actuales de nuestra sociedad utilizando modelos de explicación co-

lectivos que permitan la articulación con el trabajo clínico en el campo de la Salud Mental(9, 27). Todo ello contemplando nuestra condición latinoamericana en el específico momento de desmembramiento económico, político y social que atravesamos ■

Referencias bibliográficas

1. Agrest M., Los Residentes de Salud Mental en 1994. *Acta Psicológica Am Latina*, (1994), 41 (3) del 219-229
2. Barcala A, Stolkiner A., Accesibilidad a Servicios de salud en familias NBI: Estudio de caso. *VIII Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, UBA, 2001
3. Banco Mundial. *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993*. Invertir en Salud, 1993
4. Bleichmar S., *Dolor País*. Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2002
5. Buck, C., Preventable causes of death versus infant mortality as an indicator of quality of health services. *In Health Services* (1986), 16:553.
6. Castel R., *La metamorfosis de la cuestión social*, Paidós, Buenos Aires, 1997
7. Crevena L., Algunas consideraciones sobre la evolución de la epidemiología. *Universidad Autónoma de Metropolitana. Xochimilco*, Mimeo, México, 1998
8. Echarri Cánovas C., "Estructura familiar y salud infantil: una propuesta de análisis". En *Familia, Salud y Sociedad*, IISP, CIESAS, México, 1993: pp. 383-400
9. Galende E. *Psicoanálisis y Salud Mental*, Paidós, Buenos Aires, 1990
10. Giddens A. *Modernidad e identidad del yo*, Península, Barcelona, 1995
11. Gola C, Milano L, Roca, A. "Estudio Epidemiológico de la población adulta que demanda atención ambulatoria en los Servicios de Psicopatología y Salud Mental de los Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires". En *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, U.B.A.* 1999, Año 4, N°1: pp. 95-108
12. Hornstein L. *Narcisismo. Autoestima, Identidad, alteridad*, Paidós, Buenos Aires, 2000
13. Laurell AC, Blanco Gil J. *Morbilidad, Ambiente y Organización social: un análisis teórico para el Análisis de la Enfermedad en el Medio Rural, Salud Pública Mexicana*, 1975, 17 (4): pp 471-480
14. Laurell AC. El estudio social del proceso salud-enfermedad en América latina. *Cuadernos Médico Sociales*, 1986, N° 37, Rosario
15. Lechner, N. Tres formas de Coordinación social. Un esquema. *Revista de la CEPAL* N° 61, Naciones Unidas, 1997
16. Lozano C. *Argentina una comunidad en riesgo*. Instituto de Estudios y Formación de la CTA, Buenos Aires, 2002
17. Menéndez E. Familia, Participación social y proceso de salud/enfermedad/ atención. Acotaciones desde la perspectiva de la Antropología Médica. En *Familia, Salud y Sociedad*, IISP, CIESAS, C de S, México, 1993: pp. 130-162
18. Milano L, Roca A., "Epidemiología e Historia Clínica en Salud Mental". *Jornadas Hospital "Fernández"*, Buenos Aires, 2001
19. Patet et al. Salud Mental. Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas (1999). En *Informe sobre la Salud en el mundo*, OMS, 2001
20. Roudinesco E. *¿Por qué el psicoanálisis?* Paidós, Buenos Aires, 2000
21. Rubio Domínguez y otros. Problemáticas de los Auxilios en Emergencias Psiquiátricas. *Alcmeon*, 2001, Año XII, Vol. 9, N°1
22. Oliva M y otros, Dispositivos Asistenciales para niños con trastornos psicopatológicos graves. *Rev. Fonoaudiología de ASALFA* 2001, N° 48, fasc. N°3: pp. 72 -78.
23. OMS, *Salud Mental en el Mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Programa ampliado de Libros de Texto, Paltex, España, 1997
24. OMS, UK700 Group. (1999). En *Informe sobre la Salud Mental en el mundo*, Ginebra, 2001
25. OMS, *Informe sobre la Salud Mental en el mundo*, Ginebra, 2001
26. Testa M. *Pensamiento Estratégico y lógica de Programación. El caso de la salud*. Buenos Aires, Lugar Editorial, 1995
27. Stolkiner A. *Tiempos "posmodernos": ajuste y salud mental*. En *Políticas en Salud Mental*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 1994
28. Vázquez Fernández E. *Comunicación personal con técnico local de la OMS*, Buenos Aires, 2002

Notas

1. Se consideran "pobres" a aquellos hogares que carecen de ingresos suficientes para comprar una canasta básica de alimentos y servicios e "indigentes" a aquellos hogares que ni siquiera consiguen comprar los alimentos básicos capaces de satisfacer un umbral mínimo de necesidades energéticas y proteicas. En Mayo del 2002, era "pobre" un hogar de la región metropolitana de cinco miembros (matrimonio y tres hijos) con ingresos por debajo de \$651 e "indigente" cuando los ingresos eran menores a \$274 pesos mensuales. Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) Encuesta permanente de Hogares, Mayo 2002.

2. AVAD: "Puede tomarse como un año de vida -sana- perdida, y la carga de morbilidad puede interpretarse como una medida de la diferencia entre el estado de salud actual y una situación ideal en el que toda la población llegaría a una vejez sin problemas" (OMS, 2001) (25).

3. Indicadores a los que se arriba a través de encuestas sanitarias en las distintas poblaciones (Medición del estado de salud en relación con 7 dominios básicos, clasificados según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud).

4. Trastorno depresivo unipolar, trastorno por consumo de alcohol, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, enfermedad de Alzheimer y otras demencias y migrañas.

5. Depresión: Trastorno depresivo mayor definido en el (DS-MIV) como un "trastorno de la alteración del humor donde prevalece: irritabilidad, cambios de apetito, de peso, sueño, actividad psicomotora (agitación, incapacidad para estar sentado) falta de energía, sentimiento de infravaloración, o culpa, dificultades para pensar, concentrarse, o tomar decisiones, pensamientos recurrentes de muerte o ideación o planes, o intenciones suicidas; malestar clínico significativo, quejas somáticas, deterioro social, estado de ánimo caracterizado por tristeza, desesperanza, pérdida de interés, y de la capacidad de placer. Dicho cuadro tiene una duración mayor a dos semanas y no es ocasionado por los efectos de consumo de drogas. Deben cumplirse al menos 4 de los ítems propuestos para diagnosticarse TDM".

6. Hay quienes cuestionan la legitimidad del diagnóstico o denuncian su sobre-diagnóstico.

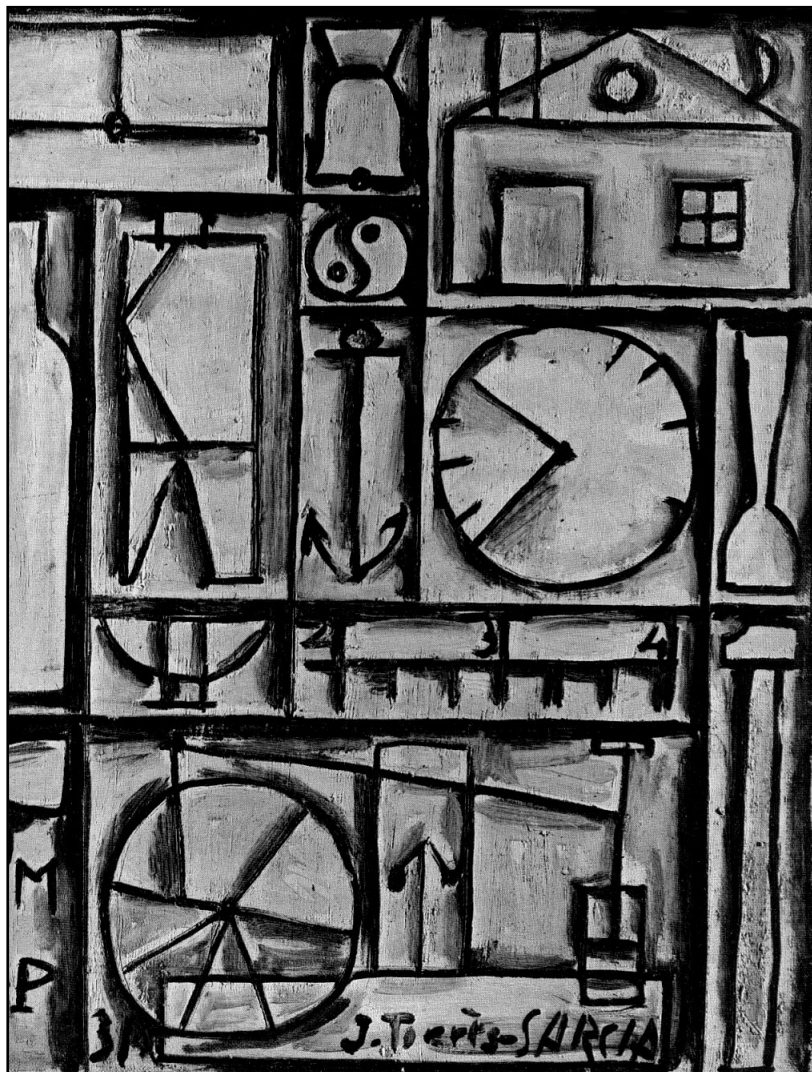
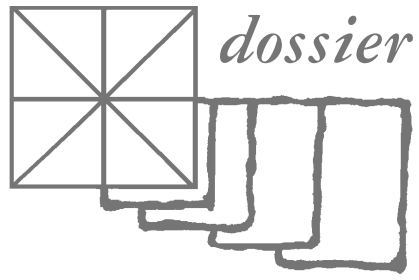
7. Resulta necesario para llevar adelante un análisis más exhaustivo, conocer las consultas de salud mental que se realizan en los Centros de Salud de las áreas programáticas. Sin embargo las mismas no constan en las fuentes relevadas.

8. Movimiento Hospitalario- Dirección de Estadísticas para la Salud, en base al Resumen Mensual de prestaciones de Consultorios Externos de Psicopatología y Salud Mental. Fuente: Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2000.

9. En el 2000, la modificación realizada en el procesamiento de los datos de la Dirección de Salud Mental incorporó al listado anterior, las prestaciones de musicoterapia, terapia ocupacional, psicopedagogía individual y grupal (en lugar de "Entrevista psicopedagógica") y unió psicoterapia de pareja y familiar.

10. Se exceptúa el Hospital "P. Piñero" por no presentar datos para el año 2000.

11. Al modificarse el modo de registro, a partir del año 2000, no se incluyeron los datos por no ser comparables.



Historia y epistemología de la psiquiatría

Norberto Aldo Conti

Daniel Matusevich

Juan Carlos Stagnaro

*L*a reflexión filosófica –esa actividad original del hombre que lo acompaña desde los inicios de los tiempos históricos y que es parte constitutiva de su naturaleza como también lo son sus padecimientos y la muerte– ha acompañado, como su sombra, a las concepciones de la locura a través de la historia y, aún en tiempos modernos, la comprensión del sufrimiento mental de un sujeto, históricamente situado como miembro de una sociedad, sólo ha sido posible incluyendo la perspectiva filosófica.

Sin embargo, en los últimos años, la psiquiatría se ha ido vaciando de contenido filosófico para incluirse en el universo de una medicina naturalista y tecnocientífica. Este proceso de “desfilosofización” del psiquiatra no se da sin efectos sobre los alcances individuales y sociales de su práctica, como viene siendo denunciado desde hace mucho tiempo por autores tan dispares como Jaspers, Roth, Shorter y, actualmente, por el movimiento de la postpsiquiatría. La pretensión de a-teorismo (muerte de las psicopatologías), tan resistida por muchos psiquiatras, pero también

mansamente deglutida por muchos otros, jóvenes (y no tan jóvenes) colegas, se lleva de la mano con el a-historicismo (muerte o fin de la historia). Y estos fenómenos, que no son comprensibles si los desgajamos de sus orígenes reaccionarios, no son un asunto menor de nuestra cultura. Como denuncia el profesor de la Pennsylvania State University, Henry A. Giroux, “el llamado a ignorar la historia representa un asalto al pensamiento mismo”.

Quizás en respuesta a esos fenómenos, en los últimos años, comienzan a aparecer, y a ganar una audiencia cada vez más grande, importantes desarrollos en el terreno de la reflexión filosófica e historiográfica de la práctica psiquiátrica.

La presencia en las páginas de este Dossier de figuras de relevancia internacional que se dedican al estudio de estos temas nos honra, y es, también, una muestra de la red de vínculos de trabajo e intercambio científico establecida con ellos desde los tres nucleamientos que convocan a los psiquiatras argentinos interesados en la investigación de esos tópicos: el Capítulo de Historia y Epistemología de la Psiquiatría de la Asociación de

Psiquiatras Argentinos, el Instituto de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y la redacción de la revista Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina.

Filiberto Fuentenebro de Diego, Prof. de la Universidad Complutense de Madrid y Presidente de la Sociedad Española de Filosofía e Historia de la Psiquiatría, y Rafael Huertas García-Alejo, Director del Centro de Estudios Históricos del Consejo Superior de Investigaciones Científicas de España, muy gentilmente, nos han permitido reproducir la introducción del texto publicado a raíz del V Congreso Europeo de Historia de la Psiquiatría celebrado en Madrid en setiembre de 2002 titulado "La Historia de la psiquiatría en Europa" en el cual nos dan una visión panorámica de los estilos y tendencias de esta disciplina en ese continente.

Germán E. Berrios, orientador del grupo de Cambridge, quien se dedica, desde inicios de los años ochenta, a la investigación en historia y epistemología de la psiquiatría, presenta un lúcido recorrido de las preocupaciones centrales que orientan los trabajos contemporáneos en estas áreas del conocimiento, dejando claro el papel que estas disciplinas cumplen en promover una visión crítica de las producciones psiquiátricas actuales.

Georges Lantéri-Laura, uno de los más destacados epistemólogos e historiadores de la psiquiatría, define el momento actual de la especialidad como de crisis paradigmática y describe, en el marco de esa imposibilidad de contar con un solo referente teórico o un principio unificador para todo el campo de nuestra disciplina, la existencia de múltiples referencias teóricas, e incluso la ausencia de ellas en diversos cuadros clínicos. Esta situación lo conduce a postular la existencia de diversas epistemologías regionales que coexisten en la actualidad.

Paul Hoff, Prof. en la Universidad de Zurich y miembro prominente de la Sección Historia de la Psiquiatría de la WPA, quien nos aporta una magnífica exploración de los presupuestos filosóficos de la obra de Kraepelin, afirma categóricamente en las conclusiones de su artículo: "...el punto de discusión de los fundamentos históricos y teóricos de la psiquiatría ha llegado así y todo a un nivel tal, a pesar de todas las controversias, que un simple retroceso apodíctico hacia posiciones dogmáticas ya no resulta aceptable".

Jean Garrabé, distinguido clínico francés, ex Presidente de la Société Médico Psychologique y miembro del grupo revisor de la Clasificación Francesa de Trastornos Mentales de la Niñez y la Adolescencia (CFTMEA), nos ofrece en su entrevista una serie de puntuaciones que forman parte de su lúcido análisis crítico de las nosografías contemporáneas.

Por su parte, Samuel Zysman, a partir de una perspectiva psicoanalítica de la adquisición de conocimientos y de las teorías sexuales infantiles explora la relación de estos procesos psíquicos normales con la actividad creadora y el pensamiento científico.

Creemos, firmemente, en la necesidad de reinsertar la enseñanza de la filosofía y de la historia de la especialidad en la formación básica del psiquiatra a fin de que las producciones teóricas emanadas de esos ámbitos del pensamiento recuperen un lugar de preeminencia como herramientas en la reflexión crítica de sus prácticas y en el análisis de las nuevas informaciones que le llegan, profusamente, desde la investigación básica y aplicada. Quisiéramos apostar, parafraseando la Carta VII de Platón, a un futuro en el cual el éxito profesional y la corrección ética de los especialistas estuvieran enlazados con su formación filosófica como parte indispensable de su ser psiquiatra ■

Historia de la Psiquiatría en Europa

Modos de hacer historia de la Psiquiatría*

Filiberto Fuentenebro de Diego

Depto. de Psiquiatría, Fac. de Medicina, Universidad Complutense, Madrid. E-mail: fuen@ucm.es

Rafael Huertas García-Alejo

Depto. de Historia de la Ciencia, Instituto de Historia, Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), España.

E-mail: cehrh04@ceh.csic.es

Europa fue pionera en la asistencia psiquiátrica y en alcanzar un sólido nivel académico de la historiografía psiquiátrica. Los trabajos en este área presentan, desde los últimos años, un extraordinario renacer. No es nuestro propósito hacer un análisis exegético de todas y cada una de las escuelas de pensamiento europeo, pero sí establecer un pequeño marco contextual para situarlas en el momento actual.

En septiembre de 1991 un número monográfico de *History of Psychiatry* estuvo dedicado exclusivamente al análisis de la Psiquiatría y sus historiadores (A. Scull) y a la Historia de la Psiquiatría en Europa, respectivamente. Recogía la perspectiva de distintas naciones como Austria, Bélgica, Gran Bretaña, Alemania, Italia, Suecia y Suiza. Lamentablemente países con un vasto caudal en la historia de la psiquiatría y fundadores ellos mismos de la disciplina, como Francia, estaban ausentes. No obstante, los trabajos entonces presentados pudieron ofrecer una muestra de los temas e intereses de la disciplina que sigue siendo interesante para el análisis una década después.

Por otra parte, la historia de la psiquiatría europea, además de ofrecer un marco de desarrollo para toda una serie de escuelas nacionales, ha sugerido una se-

rie de temas para la reflexión que vertebran la comprensión que hoy tenemos de esta parcela cultural, como un corpus académico que propicia la creación de una historia intelectual más completa u holística.

En lo que podemos considerar desarrollos nacionales y comenzando en el ámbito de la psiquiatría inglesa hay que destacar una serie de trabajos que se iniciaron con la recopilación, ya clásica, de tres siglos de psiquiatría por parte de Richard Hunter e Ida Mac Alpine(42) hasta el refinamiento ulterior de los tres volúmenes colectivos –*The Anatomy of Madnes*–(11) y los aportes de Germán Berrios y Roy Porter (desgraciadamente fallecido este último recientemente y en plena madurez creativa).

Estos dos últimos autores personifican dos de las corrientes más representativas. La que podríamos considerar internalista a partir de la historia desarrollada por los clínicos y que es una historia conceptual de los síntomas, síndromes y enfermedades, como supone la obra monumental de Berrios(7) *The History of Mental Symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Y la corriente externalista que ofrece una reflexión desde una aproximación fundamentalmente histórica o social(65, 53).

Han sido perspectivas que no se han mantenido aisladas, como lo pone de manifiesto la consolidación institucional del diálogo entre ambas cristalizado alrededor de la revista *History of Psychiatry* (fundada y editada por Berrios y Porter) o determinados trabajos sobre una serie de temas clínicos elaborados desde las dos orillas, como lo demuestra *A History of Clinical Psychiatry*(6).

Adicionalmente, y en el capítulo de las aportaciones anglosajonas, han surgido una serie de publicaciones de enorme interés como la dedicada a conne-

* Este texto, con leves modificaciones, fue presentado como Introducción a la publicación de los trabajos presentados en el V Congreso de la Asociación Europea de Historia de la Psiquiatría realizado del 12 al 14 de Septiembre de 2002, Madrid, España (ver Fuentenebro de Diego, F; Huertas García-Alejo, R (Edit.), *Historia de la Psiquiatría en Europa. Temas y tendencias*, Freni, Madrid, 2003).

Resumen

Europa fue pionera en la asistencia psiquiátrica y en alcanzar un sólido nivel académico de la historiografía psiquiátrica. Los trabajos en esta área presentan, desde los últimos años, un extraordinario renacer. En el presente trabajo se hace una descripción de las publicaciones en libros y revistas y de las corrientes de la historiografía psiquiátrica actual.

Palabras clave: Historia de la psiquiatría – Psiquiatría europea – Bibliografía en historia de la psiquiatría.

HISTORY OF PSYCHIATRY IN EUROPE. DIFFERENT WAYS TO MAKE HISTORY OF PSYCHIATRY

Summary

Europe was at the first line in the psychiatric assistance and in the academic level on psychiatric historiography. In the last few years, we are seeing a revival in the researching in this field. In this article the authors review the publications on this subject in books and journals as well as the currents in the present psychiatric historiography.

Key words: History of Psychiatry – European psychiatry – Bibliography on history of psychiatry.

morar los 150 años de la psiquiatría británica(8, 26). En ellas son analizados temas tan diversos como el nacimiento de determinadas instituciones nosocomiales y gremiales –como el *Royal College of Psychiatrists*– ideas acerca de las perspectivas psicopatológicas, terapéuticas o asistenciales y, por último, de las figuras y escuelas de pensamiento psiquiátrico durante ese período de tiempo.

La contribución francesa ha sido múltiple y heterogénea. Comprende desde la recolección de textos o fragmentos de clásicos(64) –lo que ha supuesto una forma sencilla de hacer accesible el interés y el legado histórico a las nuevas generaciones de psiquiatras– a la propuesta de temas y material historiográfico, que podríamos considerar, en cierto modo, intrínsecamente franceses, especialmente vinculados a temas y cultura *fin-de-siècle*, degeneración y nosología o a la profundización en determinados autores como Pinel. En todo caso este último apartado ha concitado el interés de una serie de distinguidos autores de otras latitudes que han encontrado un fértil terreno de investigación y ha propiciado la elaboración de una serie de trabajos que ya podemos considerar como clásicos(33, 75,76, y otros).

En el capítulo de la recuperación histórica de autores y aportaciones clínicas en Francia puede partirse desde la protohistoria *more* hagiográfico de Seme-laigne(68) hasta los trabajos historiográficos de Pichot(61) y clínico-históricos de Bercherie(5). Respecto a este último autor hay que resaltar los dos volúmenes consagrados a la historia y estructura del saber psiquiátrico y a la génesis de los conceptos freudianos, respectivamente. En el primero son analizados los autores de la primera psiquiatría clínica, los fundamentos de la nosología clásica, la clínica clásica de las enfermedades mentales para concluir con la era psicodinámica, Kraepelin, Jaspers y la psiquiatría francesa de entreguerras. Mientras que en la *Génesis*, se recogen el nacimiento y evolución de la metapsicología freudiana en el marco de las grandes corrientes de la psicología positiva del siglo diecinueve y de la constitución del campo clínico de la histeria.

Sin duda los temas *fin-de-siècle* han despertado un enorme interés. Al rescate de la obra de autores injustamente olvidados tales como Blondel(28), se deben añadir los de temas como la teoría de la degeneración. En este sentido el trabajo de Pick(62) sobre ese tópico es abordado desde la perspectiva de considerar aquella como “*the condition of conditions, the ultimate signifier in pathology*” lo que, en su gran extensión y desarrollo permitirá constituirse como el denominador común de una cultura literaria, médica y antropológica que también penetra en otros países como Italia o Inglaterra. En la reflexión sobre el marco o la irrupción médico-legal del alienismo es de destacar el trabajo de Ruth Harris(35) que estudia –además de parcelas tan interesantes como feminismo y alcoholismo en el fin de siglo– el debate que rodeó la relación entre crimen y locura en Francia, entre 1880 y 1914, contemplando cómo las teorías psiquiátricas emergentes y la nueva sociología socavaron los fundamentos del antiguo sistema legal y fundamentaron la nueva criminología. El aporte de Tony James(43) incide en las preocupaciones de alienistas, pensadores y escritores, sobre una serie de fe-

nómenos, como los sueños, sonambulismo, el éxtasis o las alucinaciones en la Francia del XIX y en el contexto de un tema central a la cultura de ese siglo como el de la relación entre sueño y locura

Jan Go1dstein(33) en *Console and Classify* ofrece el emerger del alienismo a lo largo del siglo XIX subsumiendo las historias que concurren en la determinación de la historia de la psiquiatría francesa en ese período: una historia intelectual, responsable de la elaboración del cuerpo de conocimiento científico; otra de carácter social y determinante en la formación de una nueva profesión y, finalmente, una historia política de la articulación y prosecución de los objetivos administrativos. Dora Weiner(75) en *The citizen-patient* analiza el devenir de la enfermedad en el París revolucionario e imperial subrayando las políticas de salud en Francia durante la Revolución y bajo Napoleón. La igualdad es entrevista por una serie de médicos reformadores y revolucionarios como el derecho de cada ciudadano a la salud, y a la resistencia social a su alcance sólo es posible superarla con la participación plena de los *ciudadanos-pacientes*.

Mención aparte requiere la importante aportación de Lantéri-Laura. Además de sus trabajos en el área de la historia conceptual y del análisis epistemológico –como el *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*(49)– su incursión en la historiografía psiquiátrica revela una gran profundidad. Un claro exponente lo constituye la historia conceptual de las alucinaciones en la psiquiatría francesa(46) o su *Histoire de la Phrénologie*(47), donde plantea un recorrido original desde la protohistoria del trabajo de Gall hasta las sombras arrojadas por la frenología sobre el pensamiento psicopatológico contemporáneo, fundamentalmente la semiología y la biotipología. A este trabajo habría que añadir el dedicado a la apropiación médica de las perversiones en su *Lecture des perversions*. Una recopilación, absolutamente fundamental, de la obra de Lantéri-Laura lo constituyen los tres volúmenes dedicados a las *Recherches Psychiatriques*(48) centrados sobre el lenguaje, los delirios y la semiología, respectivamente.

En la reflexión histórico-conceptual de temas psicopatológicos o clínicos, al trabajo precitado sobre las alucinaciones hay que añadir el de Garrabé(31) sobre la esquizofrenia. Plantea un recorrido que abarca desde la conceptualización kraepeliniana de la *dementia praecox* a las formas de pensamiento y existencia esquizofrénicas, concluyendo con las implicaciones culturales y políticas de una enfermedad que, por su ubicación en el panorama médico del siglo XX, puede bien adjetivarlo como el de la esquizofrenia.

En otro orden de cosas habría que destacar la labor editorial de colecciones dirigidas a la recuperación del pensamiento psiquiátrico o de los clásicos como *L'Harmattan* o *Les Empêcheurs de penser en rond*. Por no hablar de la amplia serie de estudios en relación con autores contemporáneos como De Clérambault o Henry Ey –en los trabajos de autores como Albernhe y Roux, Garrabé, Palem y Clervoy(27).

Para entender la consolidación gremial del alienismo es aconsejable la lectura de “*Inheriting Madness*” de lan Dowbiggin(21). Se centra en el debate de las ideas sobre el tratamiento moral, somaticismo o de-

generacionismo añadiendo la historia del emerger de la profesionalización del conocimiento psiquiátrico en el marco de dos instancias fundamentales para su institucionalización: la Societé Médico-Psychologique y la revista por ella promovida, *Annales Médico-Psychologiques*. Las dos fueron instrumentos cardinales para crear una urdimbre profesional de alienistas y sus reuniones y publicaciones el instrumento fundamental para seguir el debate de las ideas psiquiátricas desde 1843 hasta el momento presente.

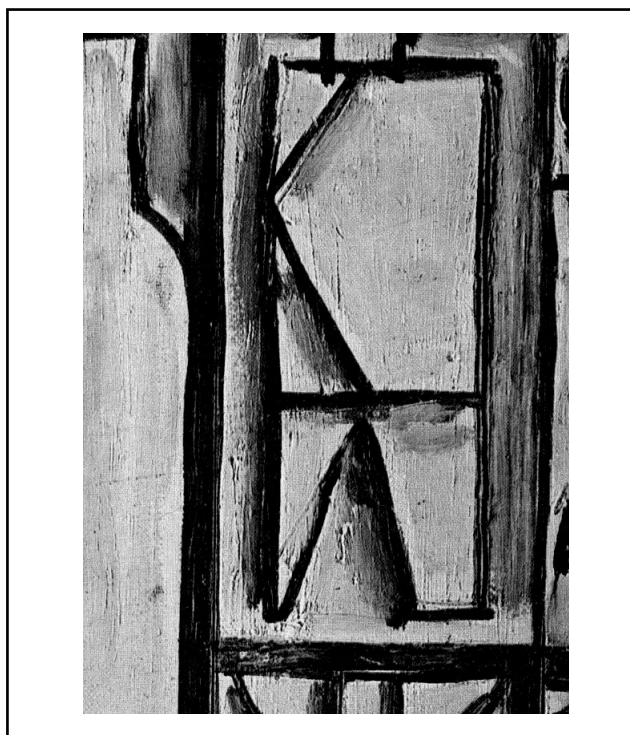
Gauchet y Swain(32) han dedicado bellas páginas al establecimiento de una crítica radical de los "mitos del origen" de los fundadores del alienismo –notablemente, de Pinel–, al análisis de la institución asilar y la revolución democrática y, por último, a la obra de Esquirol. Gladys Swain(72), por su parte, inició y continuó el desbrozamiento de la leyenda filantrópica de los orígenes del alienismo. En este sentido el trabajo de Jackie Pigeaud(63) es un complemento ideal para la organización de un corpus pineliano, en el sentido de reconstruir los tanteos intelectuales y las doctrinas de las que se nutrió la obra de Pinel en el contexto de una historia de larga duración atenta a la lenta maduración de las ideas médico-filosóficas desde la antigüedad.

En el campo de la historia de las instituciones merece destacarse el estudio consagrado por Jean Delamare y Thérèse Delamare-Riche(17) al hospital de Bicêtre: *Le grand renfermement. Histoire de l'Hospice de Bicêtre 1657-1974*, donde se analiza la historia del centro desde su fundación, vicisitudes custodiales y, lo más importante, la microhistoria cotidiana con el ritmo de los trabajos y los días, pasando por las anécdotas de los médicos en la sala de guardia, lo que posibilita entrever la atmósfera nosocomial de ese período.

También los lugares de encuentro entre el alienismo y la arquitectura, en el sentido de advertir la evolución diacrónica entre los "programas" arquitectónicos de los comitentes para ubicar la enfermedad y las realizaciones arquitectónicas llevadas a cabo, merecen un comentario. Ejemplar es, en este sentido, el trabajo de Fussinger y Tevaearai(29) sobre diversas instituciones suizas francófonas en un encuentro entre los "lugares de la locura" y los "monumentos de la razón" siguiendo el célebre *dictum* esquiroliano: "*Une maison d'aliénés est un instrument deguérison*".

El fértil campo de la relaciones entre literatura y psiquiatría ha encontrado una plasmación relevante en el trabajo monumental de Jean Rigoli(66) sobre el delirio en la literatura francesa del XIX. Desde la perspectiva de una historia intelectual y cultural intenta comprender el cruce entre alienismo, retórica y literatura, allí donde la expresión textual de la locura se hizo posible por la emergencia de la semiología y de la clínica. La obra de Rigoli constituye un brillante ejercicio de la lectura de la lectura médica de la enfermedad mental en un momento histórico crucial.

En la aproximación de Séverine Jouve(45): *Obsessions et perversions dans la littérature et les demeures à la fin du dix-neuvième siècle* se concitan una serie de temas que van desde el imaginario decadente a las metáforas de la corporalidad, pasando por los tópicos de la misoginia y las atmósferas arquitectónicas febriles o "malditas", donde está omnipresente la impronta de los trabajos de Mario Praz.



En este contexto de trabajos interdisciplinarios entre literatura y psiquiatría hay que añadir alguna reflexión sobre nuestro siglo áureo, como el de Christine Orobítz(56) sobre *Garcilaso y la melancolía*, donde se plantea, desde la polisemia del término en el siglo de Oro, su semiología y las voces poéticas que van a dar cuenta de ella a través del análisis textual de ese gran "profesor de melancolía" que fue el poeta toledano.

No podemos concluir estas líneas sobre Francia sin hablar del debate filosófico que subyace a gran parte del análisis histórico del período precitado y a mencionar, de pasada, algunos trabajos sobre la relación entre historia de la psiquiatría y género. En cuanto al primer aspecto es de rigor acudir al marco conceptual que supuso la epistemología foucaultiana y que ha propiciado debates de gran aliento intelectual(71), a la par que fomentado el desarrollo de una serie de análisis pormenorizados de la obra y pensamiento de Foucault(34), o los ensayos dedicados a conmemorar determinadas efemérides, como los treinta años de la aparición de la *Histoire de la folie*(67). Respecto a las cuestiones que establecen el análisis de género, hay que citar el trabajo de Yanfick Ripa (1996) sobre mujer, locura y enfermedad en el siglo XIX, que presta especial atención al papel de la ecología del asilo en la salvaguardia del orden de las pacientes. *Breaking the codes* de Ann-Louise Shapiro(69) es más que un mero informe médico legal sobre la criminalidad femenina en el *fin-de-siècle*. Supone una historia cultural de ese período en el que a través del problema de la criminalidad femenina se examinan los debates acerca del lugar de la mujer en la sociedad francesa y de las formas en las que los temas de género ocuparon posiciones clave para entender las transformaciones sociales y culturales del momento.

Las investigaciones sobre asistencia psiquiátrica en España, centradas en los siglos XIX y XX, han te-

nido en las últimas décadas un importante auge que merece la pena analizar con cierto detenimiento, porque es el resultado complejo de dinámicas e influencias procedentes de tradiciones historiográficas diversas.

En primer lugar, es necesario destacar la obra pionera de Julián Espinosa(23) sobre *La asistencia psiquiátrica en la España del siglo XIX*. Publicada en 1966 –y convertida hoy en un clásico– ofreció, por primera vez, una completa visión de conjunto de la asistencia psiquiátrica española en el marco de las reformas isabelinas, poniendo de manifiesto cómo, a partir de la Ley de Beneficencia de 1849, se establecen los principios básicos de lo que fue el modelo asistencial del Estado liberal-burgués en la España de la segunda mitad del siglo XIX y primeras décadas del XX: una precaria asistencia para pobres a cargo de la Beneficencia pública –en manicomios dependientes de las diputaciones locales– y, al amparo de esta inhibición estatal, un cierto florecimiento de la iniciativa privada, con la fundación de un número relativamente importante de establecimientos privados, sobre todo en Madrid y Cataluña.

El libro de Julián Espinosa inaugura, con un enfoque riguroso y crítico, la historiografía de la asistencia psiquiátrica en la España contemporánea, en un momento –la década de los sesenta– en el que los discursos hagiográficos no estaban aun superados, y la historia social –en cualquiera de sus vertientes– no había llegado a hacerse un hueco en la producción histórica española.

A partir de este momento, se fueron perfilando dos corrientes historiográficas bien definidas, aunque en ocasiones con importantes nexos y relaciones entre ambas. Una historiografía crítica que tendrá como pilares metodológicos fundamentales la historia de la locura de corte foucaultiano, y la historia social propiamente dicha.

La primera tiene su origen, obviamente, en los trabajos de Michel Foucault y sus seguidores. Desde que Michel Foucault publicara en 1961 su *Histoire de la folie à l'âge classique*, un especialísimo interés por los “espacios de la locura” vino a desarrollar toda una historiografía sobre la institucionalización de la marginación del enfermo mental, a la que no fue ajena el radicalismo cultural de los años sesenta y el propio movimiento antipsiquiátrico. En España la traducción de obras como las de M. Foucault o E. Goffman, que subrayaban los aspectos coercitivos, segregativos y marginalizadores del asilo para locos, coincidieron con las luchas psiquiátricas del “tardofranquismo” y con la reivindicación por parte de sectores profesionales y sociales de una reforma psiquiátrica en profundidad. Aunque con objetivos y resultados diferentes, los trabajos de José Luis Peset(58) y de Fernando Álvarez-Uría(4), fueron pioneros en España de este tipo de acercamientos.

Especial peso historiográfico tienen, a nuestro juicio, los trabajos que, con mayor o menor influencia de la escuela de *Annales*, se han desarrollado en los últimos años centrados en aspectos asistenciales y de beneficencia. En este contexto, el loco –como un marginado más– y, de manera particular, las instituciones a él destinadas, han sido objeto de numerosos estudios desde la perspectiva de la historia social y de

la historia institucional, entre los que destacan los dedicados a establecimientos concretos, que analizan su organización y funcionamiento en el marco general de la reflexión sobre la respuesta social hacia la locura. Así, establecimientos asistenciales como los de Zaragoza(20, 24, 25), Valladolid(30), Sevilla(1) o Valencia(73), han sido estudiados desde este punto de vista. Especial mención merecen, asimismo, los trabajos sobre el Manicomio de Leganés (Madrid)(18, 74), pues tienen el aliciente sobreañadido de incorporar el debate sobre el manicomio modelo en España.

Los vínculos entre psiquiatría, historia y antropología están presentes en los trabajos de Josep M. Comelles y, en particular, en su libro *La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España contemporánea*(16). Más que explicar las causas de tal o cual acontecimiento de la historia de la asistencia psiquiátrica, Comelles se plantea comprender qué sentido tiene el conjunto de ese pasado asistencial en el contexto de la historia contemporánea española. Libro ambicioso e influyente que supone una aportación imprescindible, no sólo en la consideración de la asistencia psiquiátrica como “producto” de un determinado modelo de Estado, sino también porque –aunque referido en su mayor parte a Cataluña– da cuenta del proceso –no exento de contradicciones– de “superación” del manicomio como eje del dispositivo asistencial de la locura y analiza la puesta en marcha de algunas iniciativas de transformación de la asistencia psiquiátrica, como la protagonizada por la Mancomunitat de Cataluña.

Este proceso de transformación de la asistencia manicomial supone un punto de inflexión fundamental en la historia de la psiquiatría del siglo XX: el paso del asilo –como espacio cerrado de segregación y estigmatización– al abierto espacio social, en el que la defensa y el control social no desaparecen pero se hacen más difusos y sutiles, a la vez que se incorporan principios provenientes de la Salud Pública a la asistencia psiquiátrica. En España, el intenso debate desarrollado durante el primer tercio del siglo XX, y que culminó en la importante iniciativa de reforma psiquiátrica llevada a cabo por la segunda República, ha sido objeto de investigaciones diversas centradas, bien en el estudio de los textos legislativos(10, 22), bien en el análisis del modelo de atención que se estaba proponiendo, mediante la incorporación de los principios de la Higiene Mental a la asistencia psiquiátrica(37). Clara apuesta por despojar la práctica psiquiátrica, al menos en su vertiente preventiva, del carácter de “prestación especial” que tradicionalmente había ostentado. Opción que no siempre resultó fácil de articular, pues, como ha demostrado Ricardo Campos(13), los psiquiatras españoles de los años veinte y treinta siguieron teniendo serias dificultades teóricas y prácticas para prescindir del concepto de peligrosidad social a la hora de definir la enfermedad mental y su intervención sobre ella.

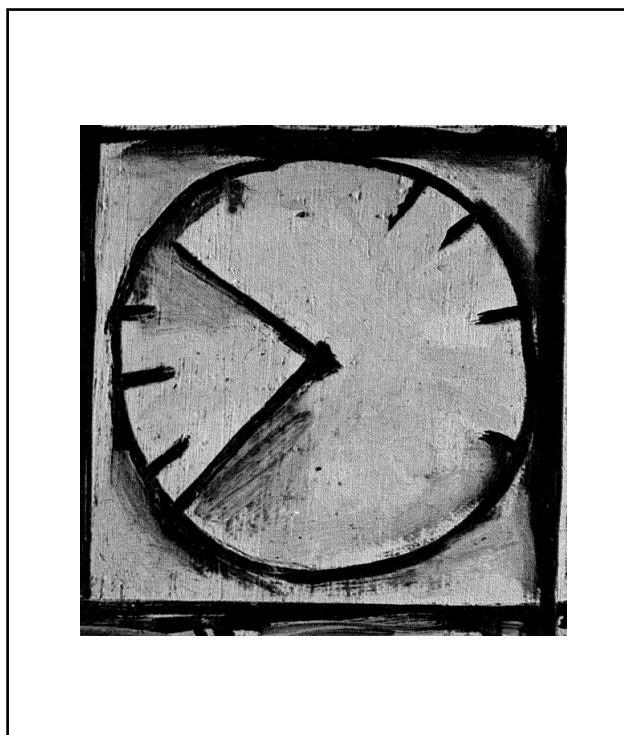
Aunque con menor tradición que la historia de la asistencia psiquiátrica, en los últimos años se ha prestado un especial interés por el proceso de institucionalización de la psiquiatría en España, bien mediante el estudio de los procesos asociativos(50), como de otros aspectos que tienen que ver la creación de determinados mercados y la configuración de mo-

nopolios profesionales que obligaron a poner en marcha estrategias organizativas y discursos tendentes a crear una "cultura profesional" psiquiátrica(41).

Otros ámbitos historiográficos de gran interés que se han venido desarrollando recientemente en España son los que tienen que ver con la historia de las ideas psiquiátricas, bien mediante la relectura de los clásicos y su análisis desde la perspectiva de la historia de la ciencia(58, 60, 38), bien a través del estudio de la influencia que determinadas teorías, previamente analizadas –como el degeneracionismo francés(36) y la antropología criminal italiana(57)– llegaron a tener en España, tanto en la práctica psiquiátrica y criminológica, como en los discursos políticos y "regeneracionistas" del tránsito del siglo XIX al XX(12, 15), o bien mediante la aún incipiente incorporación del enfoque de género a la historia de la psiquiatría española(19, 44).

En este mismo campo, pero con enfoques metodológicos diferentes es preciso señalar la importancia que paulatinamente ha ido cobrando la llamada historia conceptual o "de los síntomas". La influencia de la escuela de Cambridge ha sido notoria en obras de cooperación(9) o en la coordinada por Luque y Villagrán(52), aunque la reflexión histórica sobre la psicopatología también se ha abordado con gran solvencia desde otras tradiciones(2). La reincorporación de fuentes como las historias clínicas está dando también frutos tanto en la vertiente historiográfica más clínica, como en la histórico social(40, 51).

El impulso que la historia de la psiquiatría ha tenido en España durante la última época es indudable y la estrecha colaboración entre clínicos e historiadores ha favorecido la reflexión y el intercambio. La reciente creación de la revista *Frenia*, constituye un buen ejemplo de este esfuerzo, pues pretende contribuir a "pensar" la psiquiatría y su historia desde perspectivas muy diversas: acercamientos metodológicos e historiográficos(39, 54), de historia conceptual(3), historia social e institucional(14, 70) que, lejos de fragmentar el conocimiento, pueden permitir valoraciones e interpretaciones más globales y útiles sobre la psiquiatría, los trastornos mentales y los enfermos que los sufren ■



Referencias bibliográficas

1. Alonso C., *Locura y Sociedad en Sevilla. Historia del Hospital de los Inocentes (1436?-1840)*. Diputación de Sevilla, Sevilla, 1988
2. Álvarez JM., *La invención de las enfermedades mentales*. Dor, Madrid, 1999
3. Álvarez, JM, y Estevez F., Las alucinaciones: Historia y clínica. *Frenia*, 2001, 1 (1), 65-96
4. Álvarez-Uría F., *Miserables y locos. Medicina mental y orden social en la España del XIX*. Tusquet, Barcelona, 1983
5. Bercherie P., *Les Fondements de la clinique. Histoire et structure du savoir psychiatrique*. Éditions Universitaires, Paris, 1991
6. Berrios G, y Porter R., *A History of Clinical Psychiatry. The origin and history of psychiatric disorders*. Athlone, London, 1995
7. Berrios G., *The History of Mental Symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth-century*. Cambridge University Press, Cambridge, 1996
8. Berrios G, y Freedman H., *150 Years of British Psychiatry, 1841-1991*. Gasken, London, 1991
9. Berrios G, y Fuentenebro F., *Delirio. Historia. Clínica. Metateoría*. Trotta, Madrid, 1996
10. Bertolin JM., Dispositivos de asistencia psiquiátrica en la España contemporánea del periodo de entre siglos. *Asclepio*, 1993, 45 (1), 189-215
11. Bynum WF, Porter R, y Shepherd M., *The Anatomy of Madnes. Essays in the History of Psychiatry*, 3 vols. Tavistock, London, 1985-88

12. Campos R., *Alcoholismo, Medicina y Sociedad en España (1876-1923)*. CSIC, Madrid, 1997
13. Campos R., *Higiene mental y peligrosidad social en España (1920-1936)*. Asclepío, 1997, 49 (1),39-57
14. Campos R., De la higiene del aislamiento a la higiene de la libertad. La reforma de la institución manicomial en Francia (1860-1940). *Frenia*, 2001,1 (1), 37-64
15. Campos R, Martínez J, y Huertas R., *Los ilegales de la naturaleza. Medicina y degeneracionismo en la España de la Restauración (1876-1923)*. CSIC, Madrid, 2000
16. Comelles, JM., *La razón y la sinrazón, Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España contemporánea*. PPU, Barcelona, 1988
17. Delamare J, y Delamare-Riche T., *Le grand renfermement. Histoire de l'hospice de Bicêtre 1657-1974*. Maloine, Paris, 1990
18. Delgado M., Los veinte primeros años del manicomio modelo de Leganés (1852-1871). *Asclepío*, 1986,38, 273-297
19. Diéguez A., Psiquiatría y género: el naciente discurso médico-psiquiátrico en España y el estatuto social de la mujer. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1999,19, 637-652
20. Diéguez A., Mitificación de lo siniestro: sobre la casa de locos de Zaragoza. *Frenia*, 2001, 1(1),125-154
21. Dowbiggin I., *Inheriting madness: Professionalization and Psychiatric Knowledge in Nineteenth-Century France*. University of California Press, Berkeley, 1991
22. Espino A., La reforma de la legislación psiquiátrica en la Segunda República: su influencia asistencial. *Estudios de Historia Social*, 1980,14, 59-106;
23. Espinosa J., *La asistencia psiquiátrica en la España del siglo XIX*. Cátedra e Instituto de Historia de la Medicina, Valencia, 1966
24. Fernández Doctor A., *El Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza en el siglo XVIII*. Institución Fernando el Católico, Zaragoza, 1987
25. Fernández Doctor A., Psychiatric care in Zaragoza in the eighteenth century. *History of Psychiatry*, 1993,4, 373-393
26. Freeman H, y Berrios GE., *150 Years of British Psychiatry*. Vol II: the Aftermath. Atholone, London, 1996
27. Fuentenebro F, Henry Ey in the 1990's. *History of Psychiatry*, 1998,9: 397-399
28. Fuentenebro F, y Berrios G., Charles Biondel and la Conscience Morbide. *History of Psychiatry*, 1997,VII, 227-295
29. Fussinger C, y Tevearai D., *Lieux de folie. Monuments de raison. Presses polytechniques et universitaires romandes*. Lausanne, 1999
30. Garcia Cantalapiedra MJ., *Historia del Hospital Psiquiátrico de Valladolid (1489-1975)*. Diputación de Valladolid, Valladolid, 1996
31. Garrabé J., *Histoire de la schizophrénie*. Seghers, Paris, 1992
32. Gauchet M, y Swain G., *La pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique*. Gallimard, Paris, 1980
33. Goldstein J., *Console and Classify: The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century*. Cambridge University Press, Cambridge, 1987
34. Gutting G, (ed.), *The Cambridge Companion to Foucault*. Cambridge University Press, Cambridge, 1994
35. Harris R., *Murders and madness. Medicine, Law, and Society in the fin de siècle*. Clarendon Press, Oxford, 1991
36. Huertas R., Madness and degeneration. *History of Psychiatry*, 1992, 3, 391-411; 1993, 4, 1-21; 141-158; 301-319
37. Huertas R., Mental Health and psychiatric care in the Second Spanish Republic. *History of Psychiatry*, 1998, 9, 51-64
38. Huertas R., (a): *Clasificar y Educar. Historia natural y social de la deficiencia mental*. CSIC, Madrid, 1998
39. Huertas R., Historia de la psiquiatría ¿por qué, ¿para qué?. Tradiciones historiográficas y nuevas tendencias. *Frenia*, 2001,1 (1), 9-36
40. Huertas R., (a): Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: Posibles acercamientos metodológicos, *Frenia*, 2001,1 (2), 7-38
41. Huertas R., Organizar y persuadir, Estrategias profesionales y retóricas de legitimación de la medicina mental española (1875-1936). *Frenia*, Madrid, 2002
42. Hunter, R y MacAlpine. Three Hundred Years of Psychiatry, 1535-1860. Oxford University Press, London, 1963
43. James T., *Dream creativity, and madness in nineteenth century France*. Clarendon Press, Oxford, 1995
44. Jiménez Lucena I, y Ruiz Somavilla MJ., "La política de género y la psiquiatría española de principios del siglo XX". En Barral et al. (eds.), *Interacciones ciencia y género. Discursos y prácticas científicas en mujeres*. Icaria, Barcelona, 1999
45. Jouve S., *Obsessions et perversions dans la littérature et les demeures á la fin du dix-neuvième siècle*. Hermann. Paris, 1996
46. Lantéri-Laura G., *Les hallucinations*. Masson, Paris, 1991
47. Lantéri-Laura G., *Histoire de la Phrénologie*. Presses Universitaires de France. Paris, 1993
48. Lantéri-Laura G., *Recherches Psychiatriques*, 3 vols. Sciences en Situation, Paris, 1994
49. Lantéri-Laura G., *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*. Triacastela. Madrid, 2000
50. Lázaro J., Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (1924)-1999). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2000, 20, 397-515
51. Livianos L, y Magraner A., *Historias clínicas psiquiátricas del siglo XIX. Una selección de patobiografías de J.B. Perales y Just*. Ajuntament de Valencia, Valencia, 1991
52. Luque R, y Villagrán JM., *Psicopatología descriptiva. Nuevas tendencias*. Trotta. Madrid, 2000
53. Micale MS, y Porter R., *Discovering the History of Psychiatry*. Oxford University Press, Oxford, 1994
54. Novella EJ., Psiquiatría y filosofía: Un panorama histórico y conceptual. *Frenia*, 2002, 2 (2),7-32
55. Nye RA., *Crime, madness and politics in moderm France. The medical concept of national decline*. Princeton University Press, Princeton, 1984
56. Oorbit CH., *Garcilaso, et la mélancolie*. Presses Universitaires du Mirail, Toulouse, 1997
57. Peset JL., *Lombroso y la escuela positivista italiana*. CSIC, Madrid, 1975.
58. Peset JL., *Ciencia y marginación. Sobre negros, locos y criminales*. Crítica. Barcelona, 1983
59. Peset JL., *Las heridas de la ciencia*. Junta de Castilla y León, Salamanca, 1993
60. Peset JL., *Genio y desorden*. Cuatro, Valladolid, 1999
61. Pichot P., *Un siècle de psychiatrie*. Roche, Paris, 1983
62. Pick D., *Faces of degeneration. A European disorder, 1848-1918*. Cambridge University Press, Cambridge, 1993
63. Pigeaud J., *Aux portes de la psychiatrie. Pinel, l'Ancien et le Moderne*. Aubier, Paris, 2001
64. Postel J,y Quétel C(eds.), *Nouvelle histoire de la psychiatrie. Privat*, Toulouse, 1983
65. Porter RA., *Social History of Madnes. Stories of the Insane*. Weidenfeld and Nicolson. London, 1987
66. Rigoli J., *Lire le délire. Aliénisme, rhétorique et littérature en France au XIX siècle*. Fayard. Paris, 2001
67. Roudinesco E, Canguilhem G, Postel J, et al (eds.), *Penser la folie, Essais sur Michel Foucault*. Galilée, Paris, 1992
68. Semelaigne R., *Les Pionniers de la psychiatrie française avant et après Pinel*, 2 volumes. Bailliére, Paris, 1930-1932
69. Shapiro A-L., *Breaking the codes. Female criminality in fin-de-siècle Paris*. Stanford University Press, Stanford, 1996
70. Simón D., Las celdas de dementes del hospital provincial: Ourense (1896-1897). *Frenia*, 2002,2 (1), 49-75
71. Still A, y Velody A, (eds.), *Rewriting the History of madness. Studies in Foucault's Histoire de la folie*. Routledge, London, 1995
72. Swain G., *Le sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie*. Calmann-Lévy, Paris, 1997
73. Tropé H., *Locura y sociedad en la Valencia de los siglos XV al XVII*. Diputación de Valencia, Valencia, 1995
74. Villasante O., The unfulfilled project of the Model mental Hospital in Spain: fifty years of the Santa Isabel Madhouse, Leganés (1851-1900). *History of Psychiatry*, 2003,14 (1), 3-23.
75. Weiner DB., *The citizen-patient in Revolutionary and Imperial Paris*. The Johns Hopkins University press, Baltimore and London, 1993
76. Weiner D., *Comprendre et soigner. Philippe Pinel (1745-1826) La médecine de l'esprit*. Fayard, Paris, 1999

La epistemología y la historia de la psiquiatría

George E. Berrios

BA (Oxford); DPhilSci (Oxford); MD; Dr. Med. honoris causa [Heidelberg; San Marcos]; FRCPsych; FBPSS; FMedSci. Consultant Neuropsychiatrist, Head, Neuropsychiatry Services. Reader in the Epistemology of Psychiatry, University of Cambridge. Senior Fellow, Robinson College Cambridge. Addenbrooke's Hospital (Box 189) Hills Road, Cambridge, UK, CB2 2QQ. Voice: 44 (0)1223-336965; Fax 44 (0)1223 336968. E-mail: geb11@cam.ac.uk

Introducción

La epistemología de la psiquiatría es una empresa¹ que ha sido dejada de lado. Poco se sabe acerca de cómo los psiquiatras son capaces de obtener (al menos) aspectos de los fenómenos de perturbación mental con el poder de un lenguaje descriptivo, creado por el hombre.

El problema existe, tanto si las descripciones de estos acontecimientos son obtenidas a través de una negociación directa entre el médico y el paciente, o por medio de los llamados instrumentos psiquiátricos, o como por alguna otra forma más profunda de entendimiento. Aunque parecería obvio que la verdadera objetividad y pretensiones de verdad de nues-

tra disciplina dependen del correcto funcionamiento de estos tres mecanismos, la actual actitud de las instituciones de apoyo financiero –y de los académicos de la psiquiatría en general– reside en “alentar” la “investigación causal” y en dejar de lado cómo se reconoce a los síntomas en primer lugar². Esta visión miope es luego exacerbada por la visión ingenua-realista ya que tales descubrimientos no conducirán a un “pensar”, en el sentido que Heidegger alguna vez desarrolló, sino a la acumulación de pacientes, a la aplicación de algoritmos mecánicos y al análisis estadístico.

Existen dos perspectivas desde las cuales el clínico puede acercarse a la epistemología de la psiquiatría, es decir, buscar una respuesta a las preguntas: 1) qué

Resumen

En este artículo se trata la historia de la psiquiatría como una de las vías para poder dilucidar la epistemología de la psiquiatría. Se ha sugerido que los métodos filosóficos e históricos no son fundamentalmente distintos y que ambos usan las mismas herramientas para abordar distintos períodos de las narrativas de la psiquiatría. Se ha analizado en detalle la historia de la historia de la psiquiatría y se ha hecho referencia al abordaje conceptual aplicado a la historia de los síntomas y enfermedades mentales. Se han enfatizado las necesidades históricas del clínico. El análisis conceptual debe ser conciente del hecho de que trata con una combinación compleja de narrativas que se relacionan de forma directa e independiente con la historia de las palabras, los conceptos y las conductas implicadas en la construcción de un síntoma. En este sentido, se considera que la historia de la psicopatología descriptiva presta atención tanto a los elementos constructivos (aceptando que el contenido “semántico” de los términos involucrados puede cambiar notablemente de un período a otro, y que depende de la situación social), como a las “invariantes” (frecuentemente biológicas) que confieren continuidad a formas particulares de conducta. Con respecto a esto último, los historiadores de la clínica han considerado una forma de realismo ingenuo de la cual (qua médicos) no deben sentirse avergonzados. La colaboración entre historiadores y clínicos podría transformar el enfoque histórico conceptual en un arte refinado. El cuerpo de conocimiento resultante no sólo daría bases sólidas a los historiadores para sus macro-conceptos, sino también constituiría una contribución directa a la comprensión clínica y cuidado del paciente. Un resultado así sería el mejor remedio para los afectados crónicamente por remordimientos historiográficos.

Palabras clave: Historia de la psiquiatría – Epistemología de la Psiquiatría – Historia de los síntomas y enfermedades mentales

EPISTEMOLOGY AND HISTORY OF PSYCHIATRY

Summary

This paper has dealt with the history of psychiatry, that is one of the ways in which the epistemology of psychiatry can be elucidated. It has suggested that the philosophical and historical methods are not fundamentally different for they use the same tools to tackle different periods of the narratives of psychiatry. The history of the history of psychiatry has been analyzed in some detail and then something has been said on the conceptual approach as applied to the history of mental symptoms and diseases. The historical needs of the clinician have been emphasized. Conceptual analysis must be mindful of the fact that it is dealing with a complex mixture of narratives which directly and independently relate to the history of the words, concepts and behaviours involved in the construction of a symptom. In this sense, the history of descriptive psychopathology is seen as paying attention both to constructional elements (by accepting that the 'semantic' content of the terms involved may markedly change from period to period, and is socially-dependent) and to the (often biological) 'invariants' that confer continuity to particular forms of peculiar behaviour. In this latter respect, clinical historians entertain a form of naive realism of which (qua medics), they do not need to feel ashamed. Collaboration between professional historians and clinicians could render the conceptual history approach into a fine art. The ensuing body of knowledge not only would provide real historians with solid foundations for their macro-concepts, but also constitute a direct contribution to clinical understanding and patient care. A result like this should be the best remedy for those chronically affected by historiographic pangs.

Key words: History of Psychiatry – Epistemology of Psychiatry – History of symptoms and mental illnesses

es el conocimiento psiquiátrico, y 2) cómo es posible el conocimiento psiquiátrico. Éstas son la filosofía y la historia de la psiquiatría. En el campo de la psiquiatría, estas dos disciplinas han sido tradicionalmente consideradas independientes. La primera ha sido considerada aquella que trata sobre los supuestos, las estructuras de pensamiento y las teorías que explican el “progreso” en nuestra disciplina. La segunda es considerada la crónica prolija de los malos tiempos de la psiquiatría. Este sinsentido tiene su fundamento en el enfoque positivista de las ciencias y su resultado ha sido de poca ayuda para la psiquiatría, para los que la practican y para los que la consumen.

El grupo de Cambridge² ha desarrollado una visión alternativa a través de los años, basada en

a. una visión construccionista de las ciencias, una visión de acuerdo a la cual los hechos científicos (psiquiátricos) son dependientes del lenguaje,

b. una visión de la psiquiatría como una disciplina que necesita razones y causas para explicar la existencia de los fenómenos con los que trabaja (en otras palabras, que requiere tanto de las ciencias naturales como de las ciencias sociales) y

c. una visión de análisis conceptual como resultado de la aplicación de un juego de herramientas a cualquier lenguaje o juego de constructos (por ejemplo, la aplicación de las mismas herramientas al actual lenguaje de la psiquiatría resultará en el hacer filosofía de la psiquiatría; y aplicado a lenguajes anteriores resultará en la historia de la psiquiatría),

El grupo de Cambridge ha postulado la visión de que la filosofía y la historia de la psiquiatría son actividades continuas, y de que esta continuidad se basa no sólo en el común juego de herramientas sino en el hecho de que el mismo concepto de síntoma mental –ese constructo que actúa como la unidad de análisis y fulcro de todo el edificio de la psiquiatría– es el espacio o campo donde las prácticas sociales y el lenguaje formatean las experiencias sin formas conscientes producidas por estímulos generados sobre un cerebro sufriente. Esta visión también subraya la afirmación hecha por el grupo de Cambridge de que la psiquiatría versa fundamentalmente sobre el significado, y que el establecimiento de una correlación entre un cambio dado en neuroimágenes y la presencia o ausencia de un síntoma sólo representa la mitad de la historia. Tales intentos de naturalizar los síntomas mentales y las enfermedades eliminan el significado de estos fenómenos y así niegan lo que es central para la disciplina de la psiquiatría.

Hacer la historia tanto de la filosofía como de la historia de la psiquiatría es una experiencia aleccionadora. Muestra cómo el juego de herramientas en sí mismo, y las motivaciones para emprender los dos no son *sub specie aeternitatis*. Las herramientas y las motivaciones están también condicionadas socialmente, no pueden escapar a los marcos políticos y económicos dentro de los cuales son formuladas. El mismo destino debe esperarse de las visiones aquí mencionadas.

Dentro de los límites de este artículo sólo habrá tiempo para revisar la historia de la historia de la psiquiatría y compararla con el presente.

Cómo se acostumbraba a escribir la historia de la psiquiatría

Calemil, Morel, Trélat, Semelaigne, Kirshoff, Winslow, Ireland, Mercier, Bucknill y Tuke escribieron trabajos especiales sobre la historia psiquiátrica. Pinel, Heinroth, Esquirol, Guislain, Priehard, Feuchtersleben, Connolly, Griesinger, Lucas, Falret o Dagonet incluyeron capítulos históricos en sus manuales.

Algunos como Haslam, enfatizaron el valor de la semántica histórica: “La idea de “loco” no es una idea compleja, como se suponía, sino un término complejo para todas las formas y variedades de esta enfermedad. Nuestro lenguaje ha sido enriquecido con otros términos expresivos de esta afección...”⁴. Influido por el “historicismo”⁵ del siglo XVIII, el propio Heinroth interpretó su rol como el de quien rescata visiones históricas perdidas de algún pasado psiquiátrico (y totalmente mítico). También suscribió a una concepción cíclica, inspirada en Vico, de acuerdo con la cual la historia no es más que la recurrencia de algunos grandes temas: “El desarrollo de las fuerzas mentales en la Humanidad es acompañado por una degeneración de estas fuerzas que avanzan constantemente y que se degrada cada vez más”⁶. Sin embargo, la psiquiatría logró escapar de este eterno retorno siguiendo un camino “de desarrollo”: “un estudio del tipo y grado de reconocimiento y tratamiento de las perturbaciones mentales observadas en la temprana antigüedad muestra que éstas soportan una sorprendente impronta de la infancia del espíritu humano”⁷.

Hijo de la Ilustración, Pinel tuvo un acercamiento progresista y vio la historia como una preparación para el presente. Concibió el pasado de la psiquiatría como un museo de fallidos intentos, y criticó a hombres antiguos, ideas y libros: “Las monografías inglesas sobre alienación mental durante la segunda mitad del siglo XVIII prometen mucho en vista de la intención declarada de sus autores de concentrarse en tópicos específicos; pero esta promesa rara vez es cumplida. Un argumento vago y repetitivo, un enfoque clínico anticuado y la falta de hechos clínicos y doctrina contribuyen a este fracaso”⁸.

Prichard, cuyo sentido histórico había sido agudizado por su interés en asuntos antropológicos, utilizó el material histórico de una manera diferente. Queriendo apartarse del asociacionismo, adoptó una forma simplificada de la psicología de las facultades y procedió a atacar lo que llamó (siguiendo a Pinel) la visión “intelectualista” de la insania (por ejemplo, que es debida a un desorden primario de las funciones intelectuales): “Se ha supuesto que el mayor, si no el único trastorno de personas que sufren de insania, consiste en una particular falsa convicción, o en alguna errónea noción indeleblemente impresa sobre la creencia [...] desde la época de Locke ha sido habitual observar la razón insana correctamente de las premisas equivocadas [...] que esto es una explicación de la insania demasiado limitada y sólo comprende una de entre varias formas de perturbación mental, cada persona debe tenerlo claro [...]”⁹.

Bucknill y Tuke¹⁰ también incluyeron capítulos históricos en su Manual, por ejemplo, sobre lo que llamaron “descripciones profanas (legas) de insania”; luego sobre la “opinión de autores médicos”, sobre el

concepto de insania y sobre aspectos de tratamiento y clasificación.

Pero pocos alienistas del siglo XIX expresaron sus principios historiográficos tan explícitamente como el austríaco Feuchtersleben. Citando a Goethe declaró: "Todos los hombres profesionales trabajan con esfuerzo bajo una gran desventaja al no serles permitido el ignorar lo que es inútil [...] todos creen que están obligados a transmitir lo que se cree que ha sido conocido"¹¹. Feuchtersleben propuso que sólo a las "ciencias empíricas" debería permitírseles desechar el pasado como una mera historia de errores; en cuanto al resto de las ciencias y esto incluía la psicología médica "la historia de una ciencia [era] propiamente la ciencia misma".

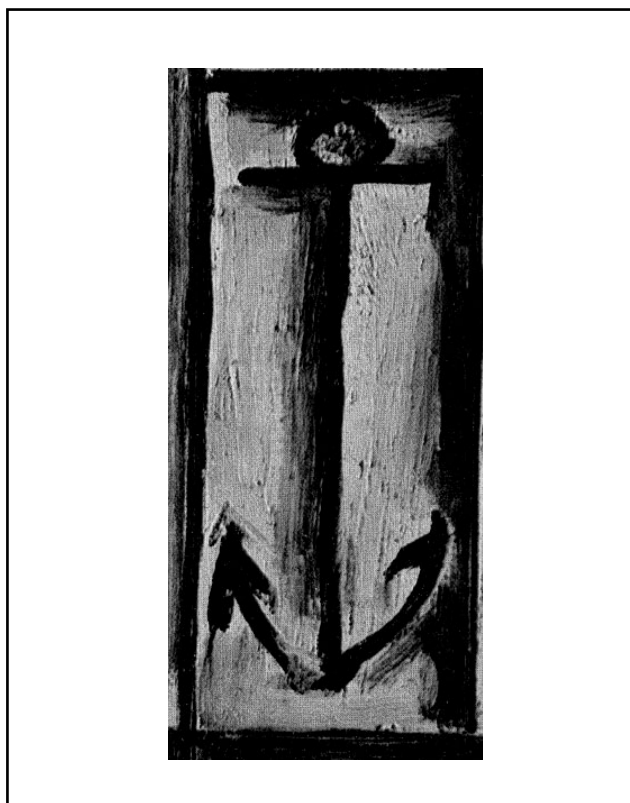
En esta visión casi hegeliana, la nueva ciencia de la psiquiatría "pertenece a ambas esferas o tipos de ciencia: aquella parte de ésta que era filosófica contenía un resumen de ese estado de la filosofía en cada época, mientras que aquella que es empírica no ha obtenido en absoluto tal precisión y claridad como para volver superfluo un conocimiento de opiniones previas..." Concluyó: "Yo estoy, entonces, obligado a tratar la historia de nuestra rama de la profesión..."¹². Procedió a hacerlo en un capítulo de tres mil palabras.

El gran libro de Kahlbaum sobre *Die Gruppierung der psychischen krankheiten*, quizás el libro nosológico más importante de la segunda mitad del siglo XIX es, esencialmente, un libro histórico. La primera parte, de unas sesenta páginas, está dedicada íntegramente a estudiar los síntomas que Kahlbaum clasificó como múltiples (por ejemplo, Platter y Sauvages), simples (Stark, Esquirol, Reil) y unitarios (Neumann, Friedreich, Jacobi, Flemming, etc.)¹³.

Giné y Partagás, uno de los grandes alienistas catalanes del siglo XIX, creía proféticamente que la insania, a través de los años, había reflejado valores sociales: "Dado que las varias ramas del conocimiento humano tienden a reflejar el desarrollo moral y político de las naciones, no hay mejor ejemplo de esto que la rama de la medicina que trata la enfermedad mental"¹⁴. Influído por las ideas de Comte y Darwin, Giné también creía que, dado que los conceptos psiquiátricos tenían una procedencia histórica independiente, era legítimo separar a la psiquiatría de la neurología.

Historiadores clínicos del siglo XX

En el uso de la información histórica, los autores de los textos psiquiátricos del siglo XX no han salido mejor parados que sus pares del siglo XIX¹⁵. Los capítulos históricos incluidos en trabajos actuales son narrativos en cuanto al estilo y rara vez contienen referencias a investigaciones recientes. Los autores repiten lo convencional y vuelven a ensayar el remanido cuento de la mítica continuidad de ideas que comienza en Hipócrates y conduce a Areteo, Galeno, Platter, Lineo, Cullen, Chiarugi, Pinel, Griesinger, Kraepelin, Freud, Jung y Schneider. Las fuentes secundarias del siglo XX para esta visión de continuidad son generalmente los libros de Zilboorg¹⁶ y Alexander y Selesnick¹³, que son citados mecánicamente por los autores de estos capítulos sin revisar nunca los originales.



Así, la información histórica ofrecida en los actuales manuales clínicos está raramente organizada en términos de hipótesis y, como es de esperar, se imprimen las mismas ilustraciones de Durero, Hogarth, Arnolds, Floury, Tardieu y Brovillet. Mientras que, por un lado, quizás ayuda a los *trainees* de psiquiatría o a los residentes a responder algunas preguntas de examen, esta fragmentaria presentación crea la impresión de que la historia de la psiquiatría está desprovista de conceptos y teorías.

Se requiere una investigación bastante mayor para la historia de la psicopatología. Porque en cuanto la psiquiatría continúe siendo una disciplina "descriptiva" (es decir, una en la cual la obtención de datos clínicos depende del reconocimiento y del nombrar las formas de conducta), será esencial entender cómo llegó a formarse su lenguaje. La calidad del ajuste entre descripciones y fenómenos de conducta depende tanto de la calidad del sistema descriptivo como de la estabilidad de los fenómenos mismos. Pero mientras la última es garantizada en gran parte por la neurobiología, la primera es una función de organización semántica y de la estabilidad de la matriz psicosocial en la cual la actividad del nombrar tienen lugar.

Estado actual del conocimiento

A pesar de su explotación por los trabajadores itinerantes¹⁸ no hay duda de que la historia de la psiquiatría (en menor medida la de la psicopatología descriptiva) pasa por un momento interesante. Debemos agradecer esto a varios¹⁹. El auge en cierto modo, comenzó hace casi 40 años, en ocasión del Simposio de Yale sobre la Historia de la Psiquiatría y donde se hizo una evaluación de los puntos de la historiografía tradicional. Fue este espíritu innovador el que llevó a

Marx²² a afirmar que la historia psiquiátrica requería “una visión de la historia, una definición de psiquiatría y un precepto de lo que debería ser la psiquiatría; y luego a desarrollar una visión lakatosiana de la historia como un “constructo tentativo”²³. Se han expresado visiones similares respecto de la historia de las ciencias de la conducta²⁴ y de la medicina²⁵.

Desde el Simposio de Yale la historia foucauldiana ha saltado a la primera plana^{26, 27}. Sin embargo otro enfoque historiográfico fue desarrollado por clínicos franceses como Ey, Baruk, Lantéri-Laura, Trillat, Bercherie, Morel, Garrabé y Postel quienes publicaron trabajos de primer nivel. Algunos historiadores sociales también han hecho contribuciones importantes²⁸ y su trabajo definitivamente ha equilibrado los excesos médicos. En algunos casos, sin embargo, han mostrado idiosincrasias personales, lo que llevó a los clínicos a sentir que un énfasis excesivo en el valor explicativo de las variables sociales puede conducir a un abandono de los aspectos biológicos de la insanía. Está claro que su perspectiva es más relevante para la comprensión de fenómenos tales como la creación de asilos que para la detallada estructura interna de la psicopatología descriptiva²⁹.

Hace algunos años aspectos complejos de la historia de las ciencias de la conducta fueron falsamente iluminados por la aplicación de las ideas de Kuhn³⁰. En efecto, algunos se consolaban creyendo que las ciencias de la conducta y su historia estaban tan atrasadas porque habitaban algún tipo de primitivo limbo pre-paradigmático³¹. Es probable que esta actitud haya retrasado el desarrollo (o redescubrimiento) de una epistemología de las ciencias inexactas³² que, al menos desde el tiempo de Dilthey y Weber, ha estado mirándonos fijamente a la cara. Una visión historiográfica igualmente ingenua condujo a Zilboorg y a Alexander y Selesnick³³ a considerar toda la psiquiatría prefreudiana como “prehistórica”. Sea como fuere, parece haber una “necesidad legítima”³⁴ para los estudios históricos que formulan preguntas específicas sobre la génesis de las categorías descriptivas de la psicopatología y sobre su interacción con el contexto psicológico y filosófico.

La historiografía de la psicopatología

Ya deberían estar claras cuáles son las diferencias entre psiquiatría y psicopatología descriptiva. Mientras que la segunda es el lenguaje de la descripción y sus unidades de análisis son los síntomas que caracterizan las varias formas de enfermedad mental, la psiquiatría es el nombre para el conjunto de actividades dedicadas a la implementación del lenguaje descriptivo (que incluye tomar medidas biológicas, psicológicas y sociales) y que es hoy considerada como una rama de la medicina. Es probable que el joven psiquiatra o historiador que se aventure en este campo se sienta confundido por las diversas maneras en que se escribe la historia de la psicopatología. Sin embargo, deberían saber que los así llamados enfoques biográfico, antológico, narrativo, socio-político, institucional y conceptual reflejan simplemente modas e influencias teóricas y que el método y la teoría

son menos importantes respecto del resultado final (tal como lo es en el caso de la psicoterapia) que la imaginación histórica, la honestidad y el cuidado en el manejo de los datos.

Algunos problemas mayores parecen haber surgido por el hecho de que la historia de la psicopatología pueda ser escrita desde la perspectiva de la historia de la medicina en ocasiones todavía tradicional en su enfoque³⁵ y desde la perspectiva más “avanzada” de la historia de la ciencia. La historia de la psiquiatría nació bajo los auspicios de la historia médica³⁶ y así el enfoque biográfico fue uno de los primeros en aparecer, seguido rápidamente por publicaciones antológicas y narrativas. Los enfoques intelectualistas del tipo “cadena del ser”³⁷ se desarrollaron después de 1930 y la historiografía psiquiátrica continuó como lo ilustra el volumen de Zilboorg³⁸. Las explicaciones históricas permanecieron vinculadas al enfoque tradicional de la historia de la medicina (es decir, eran “internalistas”, “lineares” y “de Whig”³⁹ hasta el momento en que fueron cuestionadas por Michel Foucault. Los pocos estudios sobre historia de la psicopatología que aparecerían durante este período fueron igualmente tradicionales en su enfoque⁴⁰.

La historia de la ciencia también tuvo su período “tradicional” hasta que comenzó la revolución conceptual durante la década del '50. El debate entre las varias formas de realismo y construccionismo social no había sido todavía aplacado⁴¹. La visión “internalista” se basaba en la creencia de que la ciencia consistía en una acumulación poco sistemática de observaciones de las cuales emanaban teorías⁴². El inductivismo, el nombre técnico para esta forma de generación de teorías, sacó conclusiones sobre la naturaleza de la verdad, la “regularidad” de la naturaleza y los contextos de descubrimiento y justificación, todos los cuales han sido atacados⁴³. Aunque en este modelo, aparentemente había poco espacio para consideraciones no intelectuales y contextuales, dio lugar a buenos trabajos en áreas como la historia de las ciencias naturales y la medicina⁴⁴. Este enfoque tradicional fue menos exitoso en el campo de las ciencias de la conducta (incluyendo la historia de la psicopatología) porque categorías tales como “descubrimiento”, “observación”, “reproducción”, “evidencia” y “experimento”⁴⁵ eran aún más difíciles de definir y además, porque estos temas dependen mucho del uso adecuado de las metáforas⁴⁶.

En el mundo de habla inglesa la “revolución conceptual” arriba mencionada comenzó durante la década del '50 con el trabajo de Toulmin⁴⁷ y Hanson⁴⁸ que propusieron nuevos modelos para el cambio científico, siguiendo la línea de Gastón Bachelard, ese francés historiador de la ciencia tan olvidado⁴⁹. Estos autores desafiaron la verdad y la ontología del “hecho científico” y sugirieron que la precisión histórica había sido sacrificada en beneficio de un orden superficial y algunas visiones de discutible progreso. Los filósofos de la ciencia también se sentían disconformes con la visión inductivista que, de hecho, ya había sido cuestionada por Popper en 1934⁵⁰. Aunque la noción de Popper de “falsación” no estaba exenta de supuestos inductivistas, los tonos libertarios de su prosa sirvieron como exhortación contra

el anti-cognitivismo y el irracionalismo. Popper también atacó al psicoanálisis por considerarlo no científico y esto causó alguna consternación entre historiadores de la psiquiatría. Imre Lakatos⁵¹ fue más allá y propuso una “reconstrucción racional del pasado” y esta visión influyó en notables historiadores de la psiquiatría como Otto Marx⁵². Desde entonces, la filosofía de la ciencia se ha esforzado por permanecer bajo el paraguas de un cauto realismo⁵³.

Al sugerir que la ciencia era una sucesión de paradigmas preponderantes en su “Estructura de las revoluciones científicas”⁵⁴ Kuhn ofreció una imitación de ideas de Bachelard. Un problema en el modelo de Kuhn era la ambigüedad de sus “categorías operativas”; por ejemplo, “paradigma” tiene más de veinte significados⁵⁵. Esta explicación resultó popular en la década del '60 y tuvo alguna influencia en la historia de las ciencias de la conducta⁵⁶. Esto tuvo como resultado el abandono del trabajo más profundo de Dilthey⁵⁷, Politzer⁵⁸ y Bachelard⁵⁹ y de las escuelas historiográficas continentales⁶⁰.

La psiquiatría no es una actividad contemplativa sino modificatoria y los clínicos están interesados primordialmente en el poder de las descripciones psicopatológicas para predecir el resultado de la enfermedad, poder que nos ha hecho creer que surge de su valor de verdad, es decir, de su capacidad para “figurarse” la realidad de la enfermedad mental. Para alcanzar este estado ideal, los síntomas-descripciones no deben estar agobiados por la confusión semántica y deben estar basados en observaciones clínicas múltiples y confiables. La historia de la psicopatología podría ser definida como el estudio histórico de las palabras, conceptos y supuestas perturbaciones de la conducta involucrados en la definición de “síntomas⁶¹ y sus clusters”⁶². Tal historia debería poder estimar cuánto de su significado inicial retienen los síntomas-descripciones cuando son transferidos de una “episteme” histórica a otra. Por ejemplo, ¿puede concluirse que el término “alucinación” significa en el año 2004 lo mismo que en 1814 en que fue puesto en uso por primera vez? Si no es así, ¿cómo pueden explicitarse las diferencias?

Para organizar estas complejidades el historiador clínico puede recurrir a un modelo conveniente. Uno de éstos es el de Braudel⁶³ que concibió la historia como un conglomerado armónico de procesos de corta, mediana y larga duración. Los hechos/acontecimientos psiquiátricos pasados pueden encontrar explicación en cada uno y todos estos niveles; algunos, como el accidente que mató a Wernicke (quien, dicho sea de paso, cambió la dirección de la taxonomía y la patogénesis) puede tratarse como procesos cortos; otros, como el impacto de la Psicología de las facultades en la clasificación psiquiátrica y la teoría etiológica, son comprendidos mejor como de mediana duración; otros, sin embargo, como los cambios en la comprensión de la locura se definen mejor como de larga duración, probablemente procesos trans-epistémicos. Pero otro objetivo de la psicopatología histórica está rompiendo los códigos “epistemológicos” seculares, es decir, poniendo al descubierto las reglas que han controlado el discurso psiquiátrico a lo largo de los siglos, y haciendo explícitos los supuestos que han inspirado tal discurso (por ejemplo,

conceptos de enfermedad y visiones acerca de la naturaleza del hombre).

Fuentes para una historia de la psicopatología

La investigación histórica difiere de la investigación clínica porque en la primera las técnicas y las preguntas pueden determinar lo que puede considerarse como el “objeto” de la investigación y como los datos que la apoyan. Según cómo este objeto sea definido, el historiador clínico interesado en, por ejemplo, la historia de la “esquizofrenia” encontrará que los primeros siglos ofrecen mucho o nada. Por otro lado, en la actual investigación clínica en psiquiatría, no se espera que los trabajadores determinen los límites de su objeto de investigación: éstos son dados en definiciones “operacionales” (como el DSM-III-R)⁶⁴. Sin embargo, sería aconsejar mal al historiador el decirle que usara las categorías incluidas en este último ya que esto llevaría a estudios anacrónicos sin remedio. Esto no significa que la definición de esquizofrenia del DSM-III-R en sí misma no pueda ser objeto de investigación histórica; puede serlo pero su historia tendrá poco que ver con la historia de la “*dementia praecox*” o lo que antes se llamaba “insanía intelectual”; por el contrario, tendrá que ver con la historia del contexto social que condujo a un grupo de psiquiatras en el noreste de los Estados Unidos a llegar a esta definición de la enfermedad⁶⁵.

La cuestión que surge después es saber si el historiador de la psiquiatría requiere la presencia de un elemento invariable, sea biológico o psicológico para rastrear la historia de una enfermedad en particular o de una conducta anormal. Si se da el caso de que exista una base neurobiológica fija para la esquizofrenia, entonces, el nombre bajo el cual ha viajado a través de la historia, o los conceptos usados para explicarla, o incluso el hecho de que fuera o no considerada una enfermedad se vuelven irrelevantes.

Del mismo modo, si se postula una invariante psicológica como George Devereux quería hacer en relación con las estructuras psicodinámicas⁶⁶, una vez más la historia de un fenómeno relacionado con tal estructura puede ganar continuidad transhistórica o transcultural. Pero si se consideran sólo las invariantes sociales, esto puede, forzosamente, quedar encerrado dentro de contextos culturales específicos y puede no ser suficiente moverse de una episteme a la siguiente.

El supuesto de invariantes transhistóricas es, por otro lado, notoriamente vulnerable al desafío, en particular de parte de los pensadores construccionistas sociales que creen que tales elementos constituyen el principio de algo peor de carácter realista. Desde este punto de vista, dos poderosas metáforas parecen controlar el estudio histórico de la nosología. Una representa al clínico catalogando especies en un jardín exótico (es decir, supone una suerte de invariante ontológica para la mayoría de las “enfermedades”); la otra muestra a un escultor tallando formas a partir de una materia informe, es decir, creando “formas clínicas”. El enfoque del jardín alienta una visión del “descubridor” como un ojo poderoso, uno que puede alejarse de las equívocas descripciones y

encontrar la “verdadera”; sin embargo, debe explicar en primer lugar por qué el clínico-naturalista se encuentra en ese puesto. El enfoque creacionista requiere que se dé una explicación de la visión interior que ha guiado al clínico-escultor. Esta explicación exige que esta última sea vista en contraste con su contexto social. Esta contextualización va del “construccionismo social” severo, que puede llegar a explicar la actividad de hacer teoría en medicina en términos de la historia personal de sus practicantes⁶⁷ a formas más suaves de explicación social que dejan lugar para el progreso científico y para el papel de la lógica interna de la ciencia⁶⁸. Cuando escribe sobre la historia de la esquizofrenia, entonces, el clínico debe decidir con cuál de estas dos visiones se siente más cómodo. Mientras que la historia tradicional de la medicina ha seguido la metáfora del jardín, la historia actual de la psicopatología ha recibido la influencia de la visión creacionista⁶⁹.

Una historia para los clínicos

Como se dijo antes, la historia de la psicopatología es, junto con los análisis clínicos y estadísticos, parte de un proceso general de calibrado al que el lenguaje de la psiquiatría debe ser periódicamente sometido. Aquí “calibrado” significa reajuste de descripciones a 1) cambios que afectan los fundamentos biológicos de los síntomas (causados, por ejemplo, por mutaciones genéticas), 2) virajes en los modelos psicológicos tendientes a una conceptualización diferente de la conducta normal y anormal o 3) variaciones en la importancia social de síntomas o enfermedades. Por desgracia, la información histórica de esta naturaleza no es tan fácil de conseguir para los clínicos como los datos estadísticos y clínicos. Una de las razones es el carácter fragmentario del conocimiento histórico de los síntomas psiquiátricos; otra razón, la falta de consenso acerca de cómo presentar esta información y, una más, la renuencia de los historiadores profesionales a trabajar en este campo.

Si la investigación histórica trata acerca de cómo identificar las razones y explicaciones para la periódica recreación de los síntomas, ¿cómo debería presentarse a sus productos para que tuvieran el máximo impacto? Es mi opinión que los estilos históricos que en este capítulo llamamos “conceptual” y “cuantitativo”⁷⁰ ofrecen el marco adecuado dentro del cual pueden dar cuenta de la historia de los términos, conceptos y conductas, los tres componentes cruciales en la formación de síntomas mentales. Las técnicas estadísticas modernas entonces pueden ser usadas para planificar el uso regional, e identificar *clusters* y patrones tal como están escondidos en muchas bases de datos clínicos históricos. Por ejemplo, el uso de drogas psicotrópicas parece haber causado cambios en las manifestaciones de la enfermedad, y los síntomas resultantes atenuados o distorsionados son más difíciles de evaluar; desde este punto de vista, los grupos de pacientes estudiados antes de que fuera posible usar tal medicación contienen información importante que debería ser analizada por medio de todas las técnicas estadísticas actuales⁷¹.

Así, los historiadores clínicos tienen una contribu-

ción que hacer no sólo a la cultura psiquiátrica, sino también al conocimiento clínico. Basados en la creencia de que las perturbaciones mentales no son más que reflejos complejos y distorsionados de los sitios y estados cerebrales disfuncionales tratarán de determinar qué fenómenos “psiquiátricos” del pasado eran mero ruido, y cuáles eran descripciones de leves señales biológicas moduladas por la gramática de las expresiones de individuos enfermos y los códigos interpretativos de sus grupos culturales.

A través de la historia, el lenguaje descriptivo de la psiquiatría ha mostrado períodos de estabilidad y de cambio. Mientras que el cambio atrae mucho la búsqueda del alma, la estabilidad se da por hecho. Pero el historiador deberá preguntar por qué la psicopatología descriptiva ha permanecido en estado inmóvil por un período considerable de tiempo. Se dará cuenta de qué artefactos –tales como símbolos, mitos, mentalidades y otras construcciones sociales– son factores tan firmes como la señal biológica capturada por el síntoma. Sin embargo, su relativa contribución es aún desconocida y debería ser de interés para el historiador clínico, en particular cuando algunas de estas categorías de larga tradición son cuestionadas⁷².

Hacia una nueva historia de la psicopatología

El enfoque colaborativo/cooperativo anteriormente esbozado, de base clínica, puede causar incomodidad entre los historiadores profesionales, quienes quizás temen que los clínicos se apropien y distorsionen la historia de la medicina en general, y la de la psiquiatría en particular. Estos temores infundados han llevado a algunos a exagerar la autonomía de la historia médica.

En el caso de la psicopatología, esta preocupación puede reflejarse en un exceso de énfasis puesto en los factores sociales; mientras que la historia social debe ser considerada de igual importancia, el exceso de preocupación por los macro-conceptos y las preguntas sociales puede desviar la atención de la compleja historia interna de los síntomas psiquiátricos. Una consecuencia del predominio del enfoque social es que algunos jóvenes historiadores (que naturalmente intentan hacerse un nombre) tienen problemas con el análisis clínico y prefieren escribir un tipo de trabajo que ganará el favor de los círculos de moda. Así, la historia de la psicopatología ha sido dejado en manos de algunos clínicos de mayor edad que carecen del conocimiento técnico o del empuje necesario para hacer frente a las complejidades involucradas, o ha sido confinada a las secciones introductorias de los escritos clínicos.

Las dolorosas punzadas éticas de la década del '60, provocadas por el movimiento antipsiquiátrico, han dado lugar, en particular en la psiquiatría de habla inglesa, a los esfuerzos descriptivos y “libres de teoría” de los años '70. Aquellos que se han dedicado al calibrado de la nomenclatura de la psiquiatría, especialmente los expertos en el DSM-IV-R, normalmente muestran gran ignorancia de la historia conceptual de los síntomas y enfermedades. Necesitan la ayuda de los historiadores profesionales. Sin embargo, la respuesta poco entusiasta de estos últimos (que

siguen interesados en temas más elevados) ha llevado a que los clínicos desarrollaran la industria histórica del "hágalo Ud. mismo", que lucha con valor contra la falta de entrenamiento histórico, contra un acceso limitado al material primario y contra obstáculos lingüísticos. Como consecuencia, no se han alcanzado altos niveles de investigación en la historia de la psicopatología, que debería ser tan estricta como en cualquier otra área de la medicina.

Por lo tanto, hay una necesidad de que los clínicos y los historiadores trabajen cooperativamente, y en este capítulo se sugiere que el primer paso hacia tal colaboración debería ser el calibrado de la psicopatología descriptiva. Por ejemplo, se debe llevar a cabo un análisis de su estructura conceptual y sus orígenes históricos. Luego se podría poner a prueba un modelo general estudiando síntomas individuales. El modelo sugerido en este capítulo está basado en el nido de la analogía de las "cajas chinas"⁷³: las cajas interiores contienen explicaciones filosófico-psicológicas, las cajas "externas", explicaciones socio políticas. La dependencia de las "cajas interiores" puede en general ser suficiente para comprender la génesis y la evolución de ciertos síntomas, y los resultados históricos de este enfoque son aquí llamados "historia conceptual". El énfasis puesto en las "cajas interiores", sin embargo, no debe ser interpretado como un rechazo del poder explicativo de las "cajas externas":

sólo significa que las últimas no necesitan ser mencionadas en cada ocasión; el exceso de explicación en la historia de la psiquiatría es una falta igual a la falta de explicación.

El desarrollo de conceptos paralelos en el área de la "psicología anormal" ha sido tratado con reticencia por los historiadores de la psicología; por ejemplo, la historia de la anormalidad, de la perturbación de personalidad, de las alucinaciones, etc., no ha sido tocada⁷⁴. Esto no sorprende. La historiografía psicológica clásica se ha concentrado en tres puntos: a) las fuentes filosóficas de la psicología; b) los mecanismos históricos tendientes a su "separación" de la filosofía; y c) la confiabilidad y validez de las teorías psicológicas competentes. Sólo el ocasional historiador con iniciativa se ha preocupado, inspirado en la moda de Kuhn, por el "estatus paradigmático" de la psicología.

Dado que la mayor preocupación de la historiografía convencional de la psicología ha sido la comprensión de lenguajes y teoría, y su capacidad para explicar la conducta normal, es entendible que se haya hecho poca mención al momento histórico en que las categorías de conducta normal comenzaron a ser aplicadas a la conducta enferma, anormal o desviada. Del mismo modo, pocos se han sorprendido acerca de por qué le llevó tanto tiempo a la terminología y a los mecanismos explicatorios de la psicología normal el ser aplicados a la psicopatología ■

Notas

1. Para leer el último manifiesto epistemológico del grupo de Cambridge ver: G E Berrios (2000) *The History of Psychiatry Concepts*. In Henn et al (ed) *Contemporary Psychiatry*. Vol 1 *Foundations of Psychiatry*. Heidelberg, Springer, pp1-30; G E Berrios & I S Marková (2002) *Biological Psychiatry: conceptual issues*. In H. D'Haenen, J.A. den Boer and P. Willner (eds) *Biological Psychiatry*. New York, John Wiley, pp3-24.

2. Sobre este tema ver: G E Berrios & E Chen (1993) *Symptom-recognition and neural-networks*. *British Journal of Psychiatry* 163: 308-314; G E Berrios (1999) *Towards a new descriptive psychopathology. A sine qua non for neurobiological research in psychiatry*. *Brain Research Bulletin* 50: 457-458.

3. Para una publicación reciente del grupo de Cambridge ver: Luque R & Villagran J.M. (eds) *Psicopatología Descriptiva*. Nuevas Tendencias. Madrid, Trotta, pp539-578.

4. p. 4 en J. Haslam, *Observations on Madness* (London: J. Callow, 1809)

5. F. Engel-Janosi, "The Growth of German Historicism" en *Studies in History and Political Science*, Series 62, N°2 (Baltimore: Johns Hopkins University, 1944)

6. p. 40 en J.C. Heinroth, *Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens* (translated by J Schmorak) 2 vols. (Baltimore: Johns Hopkins Press, 1975)

7. p. 41 en J.C. Heinroth, (1975), op. cit.

8. p. XIX en Ph. Pinel, *Traité Médico-Philosophique sur la Aliénation Mentale*. Second edition (Paris: Brosson, 1809)

9. p. 3 en J.C. Prichard, *A Treatise on Insanity and Other Disorders Affecting the Mind* (London: Sherwood, Gilbert and Piper, 1835)

10. J.C. Bucknill and D.H. Tuke, *A Manual of Psychological Medicine* (London: Churchill, 1858).

11. p. 23 en E. von Feuchtersleben, *The Principles of Medical Psychology* (traducido por H E Lloyd y B G Babington) (London: Sydenham Society, 1847)

12. p. 24 en Feuchtersleben, (1847), op. cit.

13. K. Kahlbaum, *Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Eintheilung der Seelenstörungen* (Danzig: A.W. Kefemann, 1863), 4-58; traducción al inglés en: Berrios G.E. (1996) *The Classification of Mental Disorders: Part III*. K. L. Kahlbaum. Translation with an Introduction. *History of Psychiatry* 7: 167-182

14. p. 1 en D. Giné y Partagás., *Tratado Teórico-Práctico de Frenopatología* (Madrid: Moya y Plaza, 1876)

15. H.I. Kaplan y B.J. Sadock *Modern Synopsis of Comprehensive Textbook of Psychiatry/III* (Baltimore: Williams and Wilkins, 1981); S. Arieti (ed.), *American Handbook of Psychiatry*, Vol 1, (New York: Basic Books, 1974); H. Ey, P. Bernard y Ch. Brisset, *Manuel de Psychiatrie* (Paris: Masson, 1974); A.D. Forrest, J.W. Affleck and A.K. Zealley (eds.), *Companion to Psychiatric Studies*. (Edinburgh: Churchill Livingstone, 1978) I.F.; Sluchevski, *Psiquiatría*. Traducción al español por by Florencio Villa Landa and Manuel de la Loma (Mexico: Editorial Grijalbo, 1960); y, F.A. Alonso-Fernández, *Fundamentos de la Psiquiatría Actual*. Vol 1 (Madrid: Paz Montalvo, 1976)

16. G. Zilboorg, *A History of Medical Psychology* (New York: Norton, 1941)

17. F.G. Alexander y S.T. Selesnick, *The History of Psychiatry: An Evaluation of Psychiatric Thought and Practice from Pre-Historic Times to the Present*. (New York: Harper, 1966)

18. G. E. Berrios (1994) *Historiography of mental symptoms and diseases*. *History of Psychiatry*, 5: 175-190

19. El número 3 de *History of Psychiatry* (1991) está completamente dedicada a los temas académicos actuales.

20. G. Mora y J.L. Brand (eds.), *Psychiatry and its History. Methodological Problems in Research* Springfield, Illinois: Charles Thomas, 1970)

21. F.J. Braceland, "Foreword" en G. Mora y J.L. Brand (eds.)

Psychiatry and its History. Methodological Problems in Research (Springfield, Illinois: Charles Thomas, 1970), vii

22. p. 603 en O.M. Marx, "What is the History of Psychiatry?" *American Journal of Orthopsychiatry*, 40 (1970), 593-605

23. O.M. Marx, "History of Psychology: A Review of the Last Decade" *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 13 (1977), 41-77

24. Ver R.M. Young, "Scholarship and the History of the Behavioural Sciences" *History of Science*, 5 (1966), 1-51; y el excelente libro de K. Danziger, *Constructing the Subject. Historical Origins of Psychological Research* (Cambridge: Cambridge University Press, 1990)

25. E. Clarke (ed.) *Modern Methods in the History of Medicine* (London: Athlone Press, 1971); R. Porter and A. Wear (eds.) *Problems and Methods in the History of Medicine* (London: Croom Helm, 1987)

26. M. Foucault, *Histoire de la Folie a l'Age Classique* (Paris: Gallimard, 1972)

27. P. Sedgwick y Michel Foucault, "The Anti-History of Psychiatry" *Psychological Medicine*, 11 (1981), 235-248; R.L. Castel, *L'Ordre Psychiatrique. L'Age d'Or de l'Alienisme* (Paris: Minuit, 1977); G. Swain, *Le Sujet de la Folie: Naissance de la Psychiatrie* (Paris: Privat, 1977); y, M. Gauchet and G. Swain, *La Pratique de l'Esprit Humain*, (Paris: Gallimard, 1980)

28. K. Dörner, *Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie* (Frankfurt: Europäische Verlagsanstalt, 1969); K. Jones, *A History of the Mental Health Services* (London: Routledge and Kegan Paul, 1972); A.T. Scull, *Museums of Madness. The Social Organization of Insanity in Nineteenth Century England*. (London: Allen Lane, 1979); y, A.T. Scull (ed.), *Madhouses, Mad-doctors y Madmen. The Social History of Psychiatry in the Victorian Era* (London: Athlone Press, 1981); M.D. Alexander, *The Administration of Madness and Attitudes Towards the Insane in 19th century Paris. Doctoral Dissertation* (Baltimore: John Hopkins Press, 1976); R. Castel, F. Castel y A. Lovell, *La Société Psychiatrique Avancé*. (Paris: Grasset et Fasquelle, 1979); D. Blasius, *Der veraltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses* (Frankfurt: Fischer Taschenbuck, 1980); R. Cooter, *The Cultural Meaning of Popular Science. Phrenology and the Organization of Consent in 19th Century Britain* (Cambridge: Cambridge University Press, 1984); A. Digby, *Madness, Morality and Medicine* (Cambridge: Cambridge University Press, 1985); F. Alvarez-Uría, *Miserables y Locos*, (Barcelona: Tusquet, 1983); J.M. Comelles, *La Razón y la Sinrazón*, (Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias (PPU), 1988); R. Porter, *Mind-forg'd Manacles*, (London: Athlone Press, 1987)

29. H. Werlinder, *Psychopathy. A History of the Concepts: Analysis of the Origin and Development of a Family of Concepts in Psychopathology*. (Upsala: Acta Universitatis Upsalien-sis, 1978); W. Janzarik (ed.), *Psychopathologie als Grundlagewissenschaft* (Stuttgart: Enke, 1979); E.R. Wallace IV, y L.C. Pressley, *Essays on the History of Psychiatry* (South Carolina: Hall Psychiatric Institute, 1980); B. Simon, *Mind and Madness in Ancient Greece. The Classical Roots of Modern Psychiatry*, (Ithaca: Cornell University Press, 1978); J.J. Saurí, *Historia de las Ideas Psiquiátricas*, (Buenos Aires: Carlos Lohlé, 1969); G. Roccatagliata, *Storia della Psichiatria Biologica*, (Florence: Nuova Guaraldi, 1981); J.M. López Piñero, *Orígenes históricos del Concepto de Neurosis*, (Valencia: Instituto de Historia de la Medicina, 1963); J.M. López Piñero, *Historical Origins of the Concept of Neurosis* (translated by D Berrios) (Cambridge: Cambridge University Press, 1983); J.M. López Piñero and J.M. Morales Meseguer, *Neurosis y Psicoterapia. Un Estudio Histórico*, (Madrid: Espasa-Calpe, 1970); B. Clarke, *Mental Disorders in Earlier Britain: Exploratory Studies*, (Cardiff: University of Wales Press, 1975); K. Dewhurst, *Hughlings Jackson on Psychiatry*, (Oxford: Sandford Publications, 1982); P. Bercherie, *Les Fondements de la Clinique. Histoire et Structure du Savoir Psychiatrique*, (Paris: La Bibliotheque d'Ornicar, 1980); J. Postel y C. Quétel (eds.), *Nouvelle Histoire de la Psychiatrie*, (Paris: Privat, 1983); W. Leibbrand y A. Wettley, *Der Wahnsinn*, (Munich: Karl Alber, 1961)

30. T. Kuhn, *The Structure of Scientific Revolutions* (Chica-

go: Chicago University Press, 1962)

31. B.A. Farrell, "The Progress of Psychology" *British Journal of Psychology*, 69 (1978), 1-8; N. Warren, "Is a Scientific Revolution Taking Place in Psychology?" *Scientific Studies*, 1 (1971), 407-413; J. Lambie, "The Misuse of Kuhn in Psychology" *The Psychologist: Bulletin of the British Psychological Society*, 1 (1991), 6-11

32. O. Helmer and N. Rescher, "On the Epistemology of the Inexact Sciences" *Management Science*, 8 (1959), 25-52

33. Zilboorg, (1941), op. cit.; Alexander and Selesnick, (1966), op. cit.

34. G. Daumezón, "Legitimé de l'Intérêt pour l'Histoire de la Psychiatrie" *L'Information Psychiatrique*, 65 (1980), 647-653

35. Ver: P.V. Renouard, *Histoire de la Médecine*. 2 Vols., (Paris: Baillière, 1846); L. Boyer, "Histoire de la Médecine" en A. Dechambre y L. Lereboullet, (eds.), *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales* (Paris: Masson, 1872), 1-209; en relación a España, el excelente trabajo de F. Bujosa, *Filosofía e Historiografía Médica en España*. (Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1989)

36. Ver, por ejemplo, el enfoque de Th. Kirchhoff, *Geschichte der Psychiatrie*. (Leipzig: Franz Deuticke, 1912)

37. A.O. Lovejoy, *The Great Chain of Being* (Boston: Harvard University Press, 1936)

38. Zilboorg, (1941) op. cit.

39. H. Butterfield, *The Whig Interpretation of History* (London, 1931); M.B. Hesse, "Reasons and Evaluations in the History of Science" en M. Teich y R. Young (eds.), *Changing Perspectives in the History of Science. Essays in Honour of Joseph Needham* (London: Heinemann, 1973), 127-147; J. Agassi, "Towards an Historiography of Science" *History and Theory. Studies in the Philosophy of History*, Beiheft 2 (Middletown Connecticut: Wesleyan University Press, 1963)

40. Ver, por ejemplo, D. Altschule, *The Development of Traditional Psychopathology. A Sourcebook*. (New York: John Wiley, 1976)

41. Sobre este tema ver D. Bloor, *Knowledge and Social Imagery*. Second edition (Chicago: University of Chicago Press, 1991); N. Jardine, *The Fortunes of Inquiry* (Oxford: Clarendon Press, 1986); y, N. Jardine, *The Scenes of Inquiry* (Oxford: Clarendon Press, 1991)

42. Para un manifiesto bastante antiguo sobre esto ver: A Laugel, *Science et Philosophie* (Paris: Mallet-Bachelier, 1863)

43. H. Kragh, *The Historiography of Science*. (Cambridge: Cambridge University Press, 1987)

44. Ver, por ejemplo, K.J. Hall (ed.), *One Hundred Years of American Psychiatry* (New York: Columbia University Press, 1944)

45. K. Danziger, (1990), op. cit.

46. Sobre este tema ver: R.J. Sternberg, *Metaphors of Mind. Conceptions of the Nature of Intelligence* (Cambridge: Cambridge University Press, 1990); D.E. Leary, (ed.), *Metaphors in the History of Psychology*. (Cambridge: Cambridge University Press, 1990)

47. S. Toulmin, *The Philosophy of Science* (London: Hutchinson, 1953)

48. N.R. Hanson, *Patterns of Discovery* (Cambridge: Cambridge University Press, 1958).

49 Ver D. Lecourt, "Gaston Bachelard's Historical Epistemology" en *Marxism and Epistemology*. Bachelard, Canguilhem, Foucault. (London: New Left Books (NLB), 1975) (first published in 1969), 25-116

50. K. Popper, *The Logic of Scientific Discovery*. (London: Hutchinson, 1968)

51. I. Hacking, "Imre Lakatos's Philosophy of Science" *British Journal for the Philosophy of Science*, 30 (1979), 381-410; I. Lakatos and A. Musgrave (eds.), *Criticism and the Growth of Knowledge* (Cambridge University Press, 1970)

52. Ver Marx, (1977), op cit

53. La literatura en este área es muy vasta. Los psiquiatras encontrarán útil el libro de F. Suppe (ed.) *The Structure of Scientific Theories* (Urbana: University of Illinois Press, 1977); M. Meyer, *Découverte et Justification en Science* (Paris: Klincksieck, 1979); P. Smith, *Realism and the Progress of Science* (Cambridge: Cambridge University Press, 1981); and, Jardine,

(1986), op. cit.

54. Ver: 34; también D.C. Stove, *Popper and After: Four Modern Irrationalists* (Oxford: Pergamon Press, 1982); y, I. Hacking (ed.), *Scientific Revolutions* (Oxford: Oxford University Press, 1981)

55. M. Masterman, "The Nature of a Paradigm" en I. Lakatos y A. Musgrave (eds.), *Criticism and the Growth of Knowledge* (Cambridge: Cambridge University Press, 1970) 59-90

56. F. Tortosa, L. Mayor y H. Carpintero (eds.), *La Psicología Contemporánea desde la Historiografía* (Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias (PPU) 1990)

57. W. Dilthey, *Einleitung in die Geisteswissenschaften*. First Vol. (Leipzig: Duncker und Humboldt, 1883); L. Martin-Santos, *Dilthey, Jaspers y la Comprensión del Enfermo Mental* (Madrid: Paz Montalvo, 1955); A. López, 'Comprensión' e 'Interpretación' en las Ciencias del Espíritu (Murcia: Universidad de Murcia, 1990)

58. Ver R. Roelens, "Une Recherche Psychologique Méconnue, le Courant 'Dramatique' de G. Politzer à aujourd'hui" *La Pensée*, 103 (1962), 76-101; D. Deleule, *La Psychologie, Mythe Scientifique* (Paris: Laffont, 1969); G. Politzer, *Critique des Fondements de la Psychologie* (Paris: Presses Universitaires de France, 1967) (first published in 1927)

59. Ver Lecourt, (1975), op. cit.

60. Ver R. Chartier, *El Mundo como Representación. Historia Cultural: entre Práctica y Representación* (Barcelona: Gedisa, 1992); H. Bauer, *Kunsthistorik. Eine kritische Einführung in das Studium der Kunstgeschichte* (Munich: Oskar Beck, 1976); S. Juliá, *Historia Social /Sociología Histórica* (Madrid: Siglo Veintiuno, 1989); S. Gagnon, *Man and his Past. The Nature and Role of Historiography* (Montreal: Harvest House, 1982)

61. Con respecto a la definición de síntoma y signo en la psicopatología descriptiva, el historiador se encuentra en un punto de convergencia entre dos tradiciones: por un lado, el enfoque "semiológico" más antiguo que comenzó a principios del siglo XIX con el trabajo de A.J. Landre-Beauvais, *Séméiotique, ou Traité des Signes des Maladies* (Paris: Brosson, 1813); por el otro, el moderno enfoque lingüístico, que comenzó a principios del siglo XX con De Saussure; sobre esto ver: E.F.K. Korner, *Ferdinand de Saussure* (Madrid: Gredos, 1982); B. Malmberg, *Teoría de los Signos* (Madrid: Siglo Veintiuno, 1977); G. Lanteri-Laura, *Les Apports de la Linguistique a la Psychiatrie Contemporaine* (Paris: Masson, 1966); G.E. Berrios, "Descriptive Psychopathology: Conceptual and Historical Aspects" *Psychological Medicine*, 14 (1984), 303-313

62. 'Clusters' se refiere aquí a la forma en que ciertos síntomas muestran una mayor probabilidad estadística de encontrarse juntos. Este fenómeno se puede corroborar por la observación (clínica) o por métodos estadísticos. Los "clusters" fueron fundamentales para el desarrollo de la teoría nosológica, es decir, para ver que el conjunto de síntomas o "síndromes" reflejan la actividad de mecanismos causales específicos (ver K. Faber, *Nosography in Modern Internal Medicine* (London: Milford, 1923)

63. F. Braudel, *La Historia y las Ciencias* (Madrid: Alianza Editorial, 1980)

64. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Third Edition, Revised. Washington DC: American Psychiatric Association, 1987)

65. G. E. Berrios (2000) *Schizophrenia: a conceptual history*. En Gelder et al (eds) *New Oxford Textbook of Psychiatry*, Vol 1, Oxford, Oxford University Press, pp567-571.

66. Ver G. Devereux, "Normal and Abnormal" en *Basic Problems in Ethnopsychiatry* (Chicago: The University of Chicago Press, 1980) 3-71

67. Para profundizar sobre el debate alrededor de este tema ver: B. Barnes, *Scientific Knowledge and Sociological Theory* (London: Routledge and Kegan Paul, 1972); M.R. Bury, "Social Constructionism and the Development of Medical Sociology" *Sociology of Health and Illness*, 8 (1986), 137-169; y, M. Nicolson y C. McLaughlin, "Social Constructionism and Medical Psychology: A Reply to M R Bury" *Sociology of Health and Illness*, 9 (1987), 107-126; y, M.R. Bury, "Social Constructionism and Medical Sociology: A Rejoinder to Nicolson and McLaughlin" *Sociology of Health and Illness*, 9 (1987), 439-441

68. Ver Jardine, (1991), op. cit.

69. Ver, por ejemplo, G.E. Berrios, "Alzheimer's Disease: A Conceptual History" *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 5 (1990), 355-365

70. Con el advenimiento de la tecnología informática, las metodologías cuantitativas se hicieron más accesibles. Básicamente, este abordaje consiste en tratar bases de datos históricas como si fueran conjuntos de notas de casos examinados en estudios clínicos retrospectivos. Este trabajo tiene cuatro etapas: elección del criterio diagnóstico, confiabilidad de los estudios, captura de datos, análisis de datos. El criterio diagnóstico que puede ser o bien contemporáneo a la base de datos (por ejemplo, si se va a probar la confiabilidad histórica de la categoría en cuestión) o bien contemporáneo al investigador. Una vez que están listas las definiciones operativas se deben entrenar dos técnicos para evaluar los datos independientemente. Se debe calcular los coeficientes Kappa para todos los síntomas y aquellos que son <.70 deben ser redefinidos. La captura de datos puede ser ingresada en una planilla o una matriz en la computadora, sometida a las pruebas usuales de control de calidad. Para hacer el análisis estadístico se debe tener presente que los datos en este tipo de estudio (excepto para la edad del paciente, duración de la estadía y algunas otras variables) tienden a ser categoriales, por ejemplo el síntoma evaluado está presente o ausente. Esto determina el tipo de técnicas estadísticas que se deben usar. Cuando los datos son adecuados, resulta beneficioso usar técnicas de patrón de reconocimiento, tales como análisis del componente principal, análisis de cluster, y análisis de función discriminatoria. Los resultados pueden dar satisfacciones: por ejemplo, encontrar que los datos no apoyan las conclusiones que un determinado alienista sacó en su momento simplemente observando sus datos; o que un paciente prototípico (extraído de una base de datos sobre la cual se inventó una nueva enfermedad), no corresponde a la definición actual de la enfermedad.

71. Para ejemplos sobre esto ver: G.E. Berrios, "Epilepsy and Insanity During the Early 19th Century" *Archives of Neurology*, 41 (1984), 978-981; G.E. Berrios, "Depressive Pseudodementia or Melancholic Dementia: A 19th Century View" *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 48 (1985), 393-400; G.E. Berrios and J.I. Quemada, "Andre Ombredane and the Psychiatry of Multiple Sclerosis: A Conceptual and Statistical History" *Comprehensive Psychiatry*, 31 (1990), 438-446; G.E. Berrios, "Affective Disorder in Old Age: A Conceptual History" *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 6 (1991), 337-346; G.E. Berrios and Luque R. (1995) *Cotard Syndrome: clinical analysis of 100 cases*. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 91: 185-188; M Sierra M & G.E. Berrios (2001) *The phenomenological stability of depersonalization: comparing the old with the new*. *Journal of Nervous and Mental Disease* 189: 629-636, etc.

72. Por ejemplo ver el ataque a la noción de mentalidad realizado por G.E.R. Lloyd, *Demystifying Mentalities* (Cambridge: Cambridge University Press, 1990) o el análisis de los símbolos de L. Garagalza, *La Interpretación de los Símbolos. Hermenéutica y Language en la Filosofía Actual* (Barcelona: Anthropos, 1990)

73. Ver Berrios, (1984), op. cit.

74. La historia tradicional de la psicología fue un campo bien poblado, y tendió a enfatizar los aspectos biográficos y temáticos de la psicología (e.g. E.G. Boring, *A History of Experimental Psychology* (New York: Appleton-Century-Crofts, 1950); G. Murphy, *An Introduction to Modern Psychology* (London: Routledge and Kegan Paul, 1949); R.I. Watson, *The Great Psychologists* (New York: Lippincott, 1978); R. Lowry, *The Evolution of Psychological Theory* (Chicago: Aldine, 1971); D.B. Klein, *A History of Scientific Psychology* (London: Routledge and Kegan Paul, 1970); L.S. Hearnshaw, *The Shaping of Modern Psychology* (London: Routledge, 1987). Por el contrario, la historiografía actual de la psicología muestra una gran influencia de la historia de la ciencia y por lo tanto ha perdido la simplicidad narrativa de la anterior (see, Danziger, (1990), op. cit; Tortosa et al, (1990), op. cit.; Leary, (1990), op. cit.

La noción de epistemología regional en psiquiatría

Georges Lantéri-Laura

*Jefe de Servicio Honorario, Hospital " Esquirol ", Ex Director de Estudios, École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris, Francia.
E-mail: glanteri@club-internet.fr*

Introducción

El recurso a la noción de epistemología regional aparece en nuestras reflexiones cuando nos preguntamos sobre los fundamentos de la patología mental y las incertidumbres que pueden resultar de ello, y cuando tomamos en cuenta la diversidad irreductible que ha adquirido, poco a poco, y a pesar de ella, desde el fin del Iluminismo (*Aufklärung*) hasta los comienzos del siglo XXI. Nos proponemos aquí, determinar exactamente los orígenes y el alcance de tal vocablo, a fin de dilucidar su sentido y de precisar, eventualmente, su utilización correcta.

Para comenzar abordaremos la situación histórica que condujo, progresivamente, a la medicina mental, a esta multiplicidad barroca que vuelve cada vez más dificultosas las tentativas que intentan restituirle alguna unidad; después buscaremos dilucidar las razones por las cuales arribamos a considerar a la psiquiatría como un conjunto de dominios diversos, que no pueden organizarse bajo un solo principio psicopatológico capaz de conferirles la posibilidad de una síntesis. Veremos, entonces, cómo esta noción de epistemología regional, siempre utilizada en plural, porque se encuentran necesariamente más de una, permite retomar estas aporías de una manera racional y proponer una suerte de solución prudente aunque sin duda imperfecta.

Situación histórica

Entre el fin del siglo de las Luces y la mitad del si-

glo XIX, en los orígenes de la psiquiatría moderna, esta disciplina se encontraba regida por una remarkable unidad basada en que, durante todo ese período, –en Francia con Ph. Pinel, y después con É. Esquirol; en el Gran Ducado de Toscana, con V. Chiarugi; en el reino del Piamonte-Cerdeña, con J. Daquin; en Bélgica, con J. Guislain; en el Reino Unido, con S. Tuke; en Alemania, con J. C. Heinroth o K. Ideler, o con W. Griesinger– *la alienación mental*, tomada en singular, regía todo el conjunto de la psiquiatría, asignándole tanto sus fronteras, como su contenido

Se trataba, en efecto, de una enfermedad, de tal suerte que la patología mental quedaba incluida firmemente en la medicina, pero una enfermedad que se revelaba única y constituía por ella sola toda una especialidad. Y debía ser tratada en establecimientos específicos en los que reinaba una sola terapéutica a la que Ph. Pinel llamaba: tratamiento moral de la locura.

Sin embargo, a partir de los años 1850-1860, ese paradigma unitario, criticado primero por J. P. Falret, y luego por V. Magnan y muchos otros, cedió el lugar al de las enfermedades mentales en plural, y desde entonces las especies mórbidas se han multiplicado, las fronteras de la patología mental devinieron de más en más borrosas y el término enfermedad mental sirvió para designar afecciones de lo más diversas entre sí como, por ejemplo, la neurosis fóbica y el mongolismo, o la enfermedad de Gilles de la Tourette y la presbiofrenia, y así sucesivamente.

Hacia mediados del siglo XX, el concepto operativo de *estructura* modificó en parte esa situación buscando legitimar un esfuerzo de unificación. Provenía, a la vez, de la Teoría de la Forma, con K. Koffka

Resumen

El momento actual de la psiquiatría muestra la imposibilidad de contar con un sólo referente teórico o un principio unificador para todo el campo de la especialidad. Se enumeran diversas posibilidades de referencias teóricas, e incluso la ausencia de ellas en diversos cuadros clínicos. Esta variedad de referencias conduce a hablar de diversas epistemologías regionales que coexisten en la actualidad.

Palabras clave: Epistemología y psiquiatría – Epistemologías regionales – Historia de la psiquiatría.

REGIONAL EPISTEMOLOGIES IN PSYCHIATRY

Summary

It becomes apparent at the present level of development of the Psychiatry that it is not possible to have a unique theoretical framework or a general principle in the wide field of this discipline. In this article the various theoretical references are reviewed. In some clinical cases the author refers to the lack of a theoretical reference at all. At the present moment, the range of theoretical perspectives leads to deal with the coexistence of regional epistemologies.

Key words: Epistemology and Psychiatry – Regional Epistemologies – History of Psychiatry.

y W. Koehler, de la neurología globalista, con K. Goldstein y de la lingüística estructural, con F. de Saussure y L. Hjelmslev, la cual proveía una de las mejores definiciones posibles del término estructural: "una entidad autónoma con dependencias internas".

H. Ey fue, probablemente, el último y más prestigioso de los psiquiatras que quiso hacer de la unidad de la psiquiatría una doctrina exhaustiva a la que denominó organodinamismo. Lo esencial de la misma fue presentado en su libro de 1934, prologado por Jules Séglas, y retomado en 1975 en una exhaustiva síntesis de su pensamiento. La unidad de la psiquiatría, según él, resultaba de concebirla como una *patología de la libertad*, una *libertad* que caracterizaba propiamente a la especie humana, a diferencia de los animales, especificados por la vida.

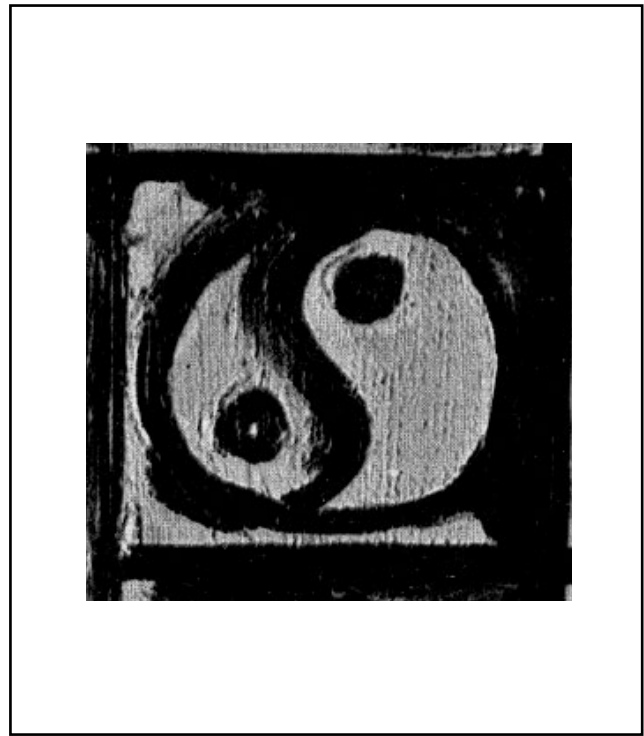
A pesar de su unidad intrínseca, esta patología de la libertad comprendía *desestructuraciones globales*, a diferencia de la neurología que no poseía más que *desestructuraciones parciales*. Las desestructuraciones globales comprometían la conciencia en las psicosis agudas –las cuales iban desde los estados confusionales profundos hasta las formas leves de la manía o de la melancolía– o la personalidad, alterando el *yo que devenía demencial* (en los debilitamientos intelectuales), la *agenesia del yo* (en los atrasos mentales profundos), el *yo psicótico* (en los delirios crónicos), el *yo neurótico* (en la neutralización de la angustia) y el *yo caracteropático* (en el desequilibrio mental). Esta psicopatología inspiraba, desde el interior, una nosografía, y esa nosografía lograba simultáneamente organizar una taxonomía rigurosa y restaurar una unidad bien templada.

Una diversificación irremediable

Hemos perdido a H. Ey hace un cuarto de siglo, y no tuvo sucesor, porque no era posible que hubiera uno de su calibre y porque no había otro capaz de llevar a buen término ambiciones como las suyas. Por otro lado, si bien el término *patología de la libertad*, conserva su valor sugestivo, seductor y polémico, ha perdido evidencia y puede parecer demasiado filosófico, aún cuando Ey no lo tomaba como metáfora y lo explicitaba racionalmente. Escuchémoslo una vez más, aunque en nuestros días nadie se permitiría asumir, en tanto psiquiatra, una especulación tan ambiciosa.

La medicina en su conjunto, incluyendo la veterinaria, correspondía para él a una patología de la vida –*vida* que concernía a la vez a la especie humana y a todas las especies animales, por oposición al *mundo inerte*– pero la especie humana, además de su pertenencia a esa vida conocía también una *fidelidad a la libertad*, y la psiquiatría representaba esa parte de la medicina en la que la patología tocaba, precisamente, esa fidelidad a la libertad. Se desprendía de allí que era tanto racional como coherente servirse de esa jerarquía de la organización del mundo para definir, a su interior, el contenido del campo de la psiquiatría, y para delimitar, a su exterior, sus fronteras. El lado *a priori* de una gestión de ese tipo podía justificarse por el lado igualmente *a priori* de la concepción general del mundo en la que se inscribía.

Ahora bien, ya no se trata de saber si esa concepción del mundo es cierta o si conviene reemplazarla



por alguna otra, porque el problema actual difiere un poco de esa preocupación: ¿nos permiten nuestros conocimientos determinar si la problemática accesible a nuestro entendimiento nos autoriza a decidir acerca de su verdad o de su error? En relación a ello nos situamos como E. Kant, cuando, en sus *"Prolegómenos a toda metafísica futura que podrá presentarse como ciencia"*, muestra, no que tal metafísica es verdadera y que las otras son falsas, sino, más bien, que nuestra razón no nos permite establecer nada en relación a la alternativa entre lo verdadero y lo falso en lo concerniente a la metafísica.

Si bien consideramos al empirismo como una tradición fuerte y honorable, que contó con prestigiosas figuras como F. Bacon, J. Locke, de Condillac, Th. Reid y los Ideólogos –sin mencionar el idealismo absoluto de G. Berkeley, ni el escepticismo de D. Hume– nos parece evidente que el criticismo se ubica después del empirismo, y, en otro registro, también nos parece que lo mismo ocurre con el falsacionismo de K. Popper. Las nociones de *libertad* y *patología de la libertad*, al igual que su autor, nos inspiran el mayor respeto, pero estimamos que ya no son accesibles a una argumentación racional que las incluya específicamente y permita decidir acerca de ellas según lo verdadero y lo falso.

Algunos podrían tratar de salvar la situación restringiendo el campo de la psiquiatría y desembarazándolo de lo que pueda obstaculizar su homogenización. Varios propondrían limitarse a lo que entendemos tradicionalmente por neurosis y psicosis, agregándoles un poco de psicopatía, un poco de perversión y un poco de estados límite, es decir, aquello de lo que creemos poder dar cuenta a partir de referencias fenomenológicas y psicoanalíticas, y sin exigir estrictamente instituciones verdaderamente particulares. Otros se fiarían más bien de aquello que estiman que pueden explicar en referencia a la corteza cerebral, a los circuitos reverberantes y a la neuropsicología, de manera bastante

precisa o en forma un poco analógica.

En esos dos casos, encontraríamos lo que V. Magnan designaba como las *locuras propiamente dichas* y podríamos conservar, al menos en apariencia, una cierta homogeneidad. Sin embargo, va de suyo que tal forma de proceder constituye una maniobra *ad hoc* que no tiene otra justificación que el deseo de asegurar esa unidad, dejando de lado todo lo que podría introducir una diversidad inoportuna; y nos parece que tales maniobras son bastante arbitrarias y no pueden justificarse con ningún *a priori* racional y racionalmente fundado.

Si queremos evitar ese defecto radical, no encontraremos otro procedimiento que el de un historicismo empírico *a posteriori*: entender por psiquiatría lo que hacen los psiquiatras, junto a sus condiscípulos, su personal, sus instituciones y sus reglas, acomodándose con algunas variantes a cada escuela y cada cultura. Resulta de ello, evidentemente, una diversidad irremediable, con una disarmonía interior y delimitaciones exteriores bastante borrosas.

Sin embargo, debemos subrayar que, a pesar de ese polimorfismo simultáneamente fundamental e inevitable, y cualquiera sea la extensión del registro de la psiquiatría así concebida, una *semiología psiquiátrica* bastante unitaria funciona positivamente en casi todas las partes de esta extrema diversidad. Por ejemplo, tanto en las amnesias de identidad como en los trastornos mnésicos de origen cerebral, o en los casos de juego patológico o de diversas adicciones y los de neurosis obsesiva se utilizan los mismos puntos de reparo semióticos y la misma gestión clínica y así sucesivamente.

No obtendremos de esta aseveración conclusiones grandiosas pues ella no cambia en nada la porfiada diversidad que confirman todas estas observaciones. Pero, sin contradecir esa pluralidad irremediable, el hecho de encontrar casi la misma semiología en obra en registros tan heterogéneos?? nos obliga a reconocer una línea de relativa unidad que, por otro lado, concierne quizás el saber hacer (*savoir faire*) que el saber (*savoir*).

Las epistemologías regionales

A pesar de toda la pena que nos infunda este hecho ya no podemos, en razón de la incurable disparidad que marca a la psiquiatría del siglo XXI, salvo por un sentimiento perimido y obsoleto, tener la esperanza de lograr una teoría de conjunto de toda la psiquiatría, como pudo existir en épocas anteriores. Nuestros predecesores se mostraron seguramente más osados que nosotros, pero debemos reconocer que se encontraban ante un dominio mucho menos disperso que el que nosotros soñamos a veces con reunificar, y que ese dominio más organizado estaba compuesto por muchas menos especies mórbidas y estaba mucho más limitado.

Nuestra propia actitud crítica nos obliga a acantonar nuestras investigaciones solamente en el modo del *a posteriori*. Respetando esta regla, nos encontramos, efectivamente, en presencia de una yuxtaposición desordenada de regiones diversas que no podemos especificar más que en un *après coup*, y es así co-

mo se presenta actualmente la psiquiatría. Hemos comprendido, y por cierto de una manera bastante detallada, que ninguna teoría de conjunto podía proponer un principio capaz de garantizar la unidad, pero debemos atemperar este dato descorazonador por otro, quizás un poco menos deletéreo.

Ciertas regiones como, por ejemplo, la de las neurosis se presentan así: por un lado, y desde hace mucho tiempo, posee una cierta taxonomía, la cual persiste aún después de las apariciones sucesivas del *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* y, por otra parte, goza de una referencia psicopatológica que remite a la metapsicología psicoanalítica y a la neuropsicología cognitiva. No se trata, en este caso, de doctrina sino de proposiciones explicativas. De la misma manera, los estados deficitarios ligados a la edad corresponden a un esclarecimiento provisto por los datos actuales de la anatomía patológica cerebral, de la neuroradiología y de la neuropsicología. Lo mismo ocurre en otras regiones de la psiquiatría tomada siempre en su acepción empírica. Ahora bien, estas precisiones deben acompañarse con tres puntuaciones decisivas.

En primer lugar, la psiquiatría incluye regiones en las cuales, por el momento, no sabríamos ir más allá de la formulación diagnóstica y para las cuales ningún nivel de orden psicopatológico nos parece asignable. Debemos admitir, al menos provisoriamente, la existencia *de facto* de regiones que no pueden explicarse bajo ningún esclarecimiento teórico.

En segundo lugar, hay otras regiones en las que debemos tomar en cuenta más de una de tales referencias, como es, a título de ilustración, el caso de los estados depresivos de involución. Esta patología remite a, por lo menos, tres teorías diferentes aunque convergentes: los aportes de K. Kleist sobre las alteraciones del humor, irreductibles a la evolución de la psicosis maníaco-depresiva; la reactivación de conflictos edípicos de la pubertad en la época de dicha involución lo que descompensa un equilibrio afectivo que había funcionado bastante bien hasta ese momento; y ciertas alteraciones endócrinas, hipofisarias, gonadales y suprarrenales, frecuentes en ese período de la vida. Este aserto no es suficiente para resolver, por sí mismo, la armonía de esos tres factores pertinentes, pero nos muestra que, en ciertos casos, se debe tener en cuenta más de una referencia.

En tercer lugar, actualmente, y sin duda por un largo tiempo, deberemos aceptar que ninguna epistemología totalizadora vendrá a dar cuenta de esta situación en la cual, como acabamos de explicar, no disponemos en ciertos casos, de ninguna referencia más allá de la clínica, mientras que en otros, poseemos una y, finalmente, en otros debemos recurrir a más de una.

Epílogo

El largo recorrido que acabamos de hacer nos permite comprender lo que significa, precisamente, la locución: *epistemología regional*. La evolución del campo de la psiquiatría *efectiva* –tanto en sus límites como en su contenido– es tal que ninguna teoría de conjunto puede lograr dar cuenta de su totalidad, y

es en razón de esta evolución que ninguna epistemología global es posible desde hace largo tiempo.

Sin embargo, ciertas partes de ese campo, dislocadas y separadas unas de otras, se revelan como de una psicopatología que vale para cada una de ellas. Es lo que nosotros proponemos entender bajo el término de *epistemología regional*, insistiendo sobre ese epíteto. Algunas precisiones deberían aclararnos a propósito de ello.

Por un lado, el dominio de la psiquiatría remite a tres registros que debemos distinguir cuidadosamente entre sí. Un primer registro incluye partes disociadas entre ellas, de las cuales ninguna posee, por el momento, una psicopatología explicativa. Un segundo registro comporta partes igualmente disociadas entre sí, pero en el que cada una de ellas posee una referencia psicopatológica explicativa propia que no es válida para las otras del mismo registro. Un tercer registro, bastante reducido, está compuesto por partes y cada una puede encontrar más de una referen-

cia psicopatológica, como en nuestro ejemplo de la depresión involutiva. Todas las variedades de registro así descritas no gozan de una explicación psicopatológica unitaria y sus eventualidades pueden expresarse por los símbolos 0,1 y >1. Es por ello que hablamos de *epistemologías regionales* en plural.

Por otro lado, la suma de esas *epistemologías regionales* alude a elementos finitos y numerables y no recubre la totalidad del campo de la psiquiatría. Además, debemos señalar que esas referencias psicopatológicas cuestionan órdenes de conocimiento diferentes entre sí los que, a su vez, carecen de unidad. En suma, ciertas regiones tienen una epistemología y otras no, y no existe epistemología global que logre dar cuenta de todas esas epistemologías regionales en conjunto. Dicho en otros términos, no poseemos un meta-lenguaje para el cual las epistemologías regionales serían un lenguaje-objeto y debemos reconocer que este abordaje de estilo kantiano nos deja, en parte, desprovistos ■

Bibliografía

- Adès J, Lejoyeux M. *La fièvre des achats*. Les Empêcheurs de penser en rond, Paris, 1999
- Chiarugi V. *Della pazzia in genere e in specie. Trattato medico-analitico con una centuria di osservazioni*. Vecchiarelli, Roma, n.ed., 1991
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Association, third. ed., Washington,DC, 1980
- Esquirol É. *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. JB.Baillière, Paris, 1838, 2 vol.
- Ey, H. *Hallucinations et délire*. F. Alcan, Paris, 1934
- Ey, H. *Des idées de Jackson à un modèle organodynamique en psychiatrie*. Privat, Toulouse, 1975
- Ey, H. *Naissance de la médecine*. Paris, Masson, 1981.
- Falret JP. *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*. Sciences en Situation, n.ed., Paris, 1994, 2 vol.
- Garrabé J. éd. *Ph. Pinel*. Les Empêcheurs de penser en rond, Paris, 1994
- Guislain J. *Traité sur les phrénopathies*. Établissement encyclographique, Bruxelles, 1833
- Griesinger W. *Traité des maladies mentales*. Trad. Doumic, Delahaye, Paris, 1865
- Hjelmslev L. *Essais linguistiques*. Paris, Les Éditions de Minuit, 1971.
- Kant E. *Prolégomènes à toute métaphysique future qui pourra se présenter comme science*. Trad. J. Gibelin, J.Vrin, Paris, 1941
- Kleist, K. *Gehirnpathologie*. J. Barth, Leipzig, 1933
- Koehler W. *La psychologie de la forme*. Trad. S. Bricianer, Gallimard, Paris, 1964
- Koffka K. *Principles of gestalt psychology*. Routledge & Kegan Paul, 4yh.ed, London, 1955
- Lantéri-Laura G. La sémiologie psychiatrique : son évolution et son état en 1982. *L'Évolution psychiatrique*, 1983, 2 : 327-363
- Lantéri-Laura G. *Psychiatrie et connaissance*. Sciences en Situation, Paris, 1991
- Lantéri-Laura G. *Las alucinaciones*. Trad. M. Córdoba, Fondo de Cultura Económica, México, 1994
- Lantéri-Laura G. *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*. Trad. G. Gutiérrez, Gômes Tarré y José Lázaro, Editorial Triacastela, Madrid, 2000
- Lantéri-Laura G. La sémiologie psychiatrique. Histoire et structure in F.Fuentenebro, R. Huertas y C. Valienti eds. *Historia de la psiquiatría en Europa. Temas y tendencias*. Frenia, Madrid, 2003, pp. 211-230
- Magnan V. *Leçons cliniques sur les maladies mentales*. L.Bataille, 2° éd., Paris, 1893
- Pinel Ph. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. J.A. Brosson, 2° éd., Paris, 1809
- Popper K. *La logique de la découverte científica*. Trad. N. Thysen-Rutten & Ph.Devaux, Payot, Paris, 1978
- Popper K. *L'Univers irrésolu. Plaidoyer pour l'indéterminisme*. trad. R. Bouveresse, Hermann, Paris, 1984.
- Swain G. *Le sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie*. Calmann-Lévy, 2° éd., Paris, 1997
- Weiner DB. *Comprendre et soigner. Philippe Pinel (1745-1826). La médecine de l'esprit*. Fayard, Paris, 1999

La psiquiatría como ciencia clínica

De Emil Kraepelin al neokraepelinismo

Paul Hoff

Profesor Titular de Psiquiatría. Secretario de la Sección de Historia de la Psiquiatría de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA),
Psychiatrische Universitätsklinik Zurich, Lenggstrasse 31, CH 8029 Zurich, Suiza

1. Introducción

Las bases de la concepción psiquiátrica de Emil Kraepelin (1856-1926) son rediscutidas una y otra vez. Dicho "redescubrimiento" tiene que ver con el trabajo orientado hacia la neurobiología, por parte de investigadores autodenominados "neokraepelinianos" (Blashfield 1984). Como en el caso de otros autores que siguen otras direcciones teóricas, se incurre también con Kraepelin en reduccionismos acrílicos. La siguiente presentación pretende contribuir, a través de un repaso de la posición clínico-práctica de la psiquiatría actual, a una comprensión diferenciada del pensamiento de Kraepelin y de su contexto histórico.

2. Los supuestos filosóficos de Kraepelin

El punto de partida de Kraepelin fue una diversidad de conceptos diagnósticos y etiológicos, al tiempo que llevaba a cabo su práctica psiquiátrica en el año 1880 (Berrios y Hauser 1988). El siglo diecinueve había vivido la controversia entre los psiquiatras y los somáticos en el marco de la "psiquiatría romántica", así como también su respectivo desprendimiento en una ciencia neurológica orientada más o menos materialistamente, predecesora de la neurociencia cognitiva actual. El descontento de Kraepelin con la oscuridad de las teorías psiquiátricas se unió al típico optimismo de aquella época por la investigación, la cual se orientaba claramente al método ideal de las ciencias naturales. La meta prioritaria de su tarea psiquiátrica desarrolla-

da a lo largo de casi cinco décadas fue, y así permaneció, la creación de una psiquiatría independiente y especializada, decididamente parte de la disciplina médica, unificada y estructurada. Su nosología debería servir también al objetivo máximo de la "unidad científica de la psiquiatría". Dicha nosología debía estar al servicio de la investigación y praxis psiquiátricas, sin convertirse jamás en un objetivo en sí misma. Habría de orientarse sobre todo a la empiria clínica y no hacia resultados dogmáticos (Hoff 1994).

Kraepelin fue catalogado como un opositor escéptico a los debates filosóficos en psiquiatría. Sin embargo, se puede apreciar en su entendimiento psiquiátrico, la influencia de importantes antecedentes filosóficos, la mayoría de forma implícita. Las corrientes filosóficas más esenciales son el realismo, el naturalismo, el paralelismo y el "experimentalismo", las cuales serán aclaradas en lo que sigue.

Realismo

Si bien Kraepelin nunca se ha calificado a sí mismo explícitamente como "realista", un vistazo a sus formulaciones permite decir que el realismo, entendido dentro de la interpretación filosófica como la concepción en la cual los objetos del mundo exterior existen independientemente por completo de nuestro pensamiento, se hallaba en la base de sus convicciones fundamentales: *El material crudo de nuestra experiencia, el cual nos es entregado a través de los sentidos y de la atención, constituye la base de todo el trabajo mental subsiguiente y, por lo tanto, de la capacidad representacional entera del hombre [...] Cuanto más incompletas y falseadas sean volcadas*

Resumen

Las bases de la concepción psiquiátrica de Emil Kraepelin han sufrido un "redescubrimiento" que tiene que ver con el trabajo orientado hacia la neurobiología, por parte de investigadores autodenominados "neokraepelinianos". Como en el caso de otros autores que siguen otras direcciones teóricas, se incurre también con Kraepelin en reduccionismos acrílicos. La siguiente presentación pretende contribuir, a través de un repaso de la posición clínico-práctica de la psiquiatría actual, a una comprensión diferenciada del pensamiento de Kraepelin y de su contexto histórico.

Palabras clave: Neokraepelinismo – Emil Kraepelin – Clínica psiquiátrica

PSYCHIATRY AS A CLINICAL SCIENCE

Summary

The fundamentals of Kraepelin's theory have been revisited by researchers known as "neokraepelians", from the stand point of the neurobiology. In the case of the revision of Kraepelin, as it happens with other authors, there are some acritical reductionisms. This article tries to make a contribution to the understanding of Kraepelin's thought as well as the historical context of his work, starting with a revision of the clinical and practical position in the present psychiatry.

Key words: Neokraepelianism – Emil Kraepelin – Psychiatric clinics

las noticias del mundo exterior a nuestra percepción, tanto más defectuosas y faltas de seriedad serán nuestras ideas, las cuales se desarrollan en la conciencia del hombre según su medio ambiente, desde el propio yo y desde el lugar de éste último hacia el entorno ambiental" (Kraepelin 1899, tomo 1, págs. 126-127). Kraepelin raramente tuerce su camino hacia un acercamiento a un realismo crítico: "Todo ser es, para nosotros, vivencia interna ante todo. La forma de esta experiencia interior es llamada por nosotros, conciencia; nuestra vida anímica representa la cadena de procesos de conciencia eslabonados previamente" (Kraepelin, 1921, tomo 1, pág. 1). Kraepelin explica aquí que solamente tenemos acceso a los objetos a través de nuestra conciencia. Con todo, ello no significa de ningún modo una posición kantiana. Aun más, él quiere ser comprendido en el sentido de su maestro Wilhelm Wundt, en relación a las operaciones mentales fundamentales, entendidas no de un modo apriorístico, sino accesibles por medio de la investigación empírica, privilegiando el *a posteriori*. Concretamente, ello significa que el investigador psiquiátrico debe describir de la manera más objetiva posible, aquello que él encuentra, lo que realmente existe o lo que la naturaleza le presenta, no aquello que él tan sólo construye. La circunstancia de que, desde la séptima edición de su manual, Kraepelin haya introducido la "fuerza de la fantasía" como función anímica autónoma, garante de la creatividad y de la espontaneidad, no cambia en nada sus argumentaciones más fundamentales.

Naturalismo

Este aspecto está indisolublemente unido a la cuestión del realismo.

Según la convicción de Kraepelin, la realidad externa (la "naturaleza") no sólo es completamente independiente de nosotros, sino que es ella también la que crea todas las obras culturales que son, supuestamente, típicas del hombre. El principio naturalista será aplicado, sobre todo en el temprano Kraepelin, verdaderamente de un modo intransigente también a ámbitos abstractos tales como la moral, el derecho y la religión. Ellos son fenómenos emergentes, relativos, típicos de la época y no casuales en relación con determinados momentos de la historia de la evolución, tanto como las características biológicas directas del hombre. Valores absolutamente válidos, quizás en el sentido de un apriorismo kantiano, no tendrían cabida aquí.

A este contexto del naturalismo pertenece la amplitud de Kraepelin, incluso su extenso uso de la doctrina de la degeneración. Su comprensión del altamente especulativo y vago concepto de "degeneración" como momento patogénico esencial en casi todos los trastornos psíquicos no constituye de ningún modo la excepción, sino más bien la regla en cuanto a los autores en psiquiatría de fines del siglo diecinueve y comienzos del veinte. Por lo demás, la idea de la degeneración saltó en ese entonces por sobre las fronteras de la psiquiatría, adentrándose en el ámbito político y literario con una considerable influencia (Hermlé 1986, Pick 1989).

Las consecuencias del realismo y del naturalismo kraepelinianos para la nosología psiquiátrica están a la vista: es su hipótesis central de la existencia de "entidades morbosas naturales", que le son presentadas

al investigador por la naturaleza y que existen por entero independientemente de él y de su idiosincrasia. El científico describe lo que ha descubierto objetivamente, es decir, lo "dado". Su propia actividad, aun en la formulación de hipótesis científicas, incluyendo su sistema nosológico, debe ser más bien dejada de lado (ver punto 3).

Paralelismo

En referencia al psicólogo y filósofo Wilhelm Wundt (1832-1920), al cual por un tiempo estuvo personal y estrechamente ligado, y en cuyo laboratorio de Leipzig había trabajado algunos meses, Kraepelin rechazó el estricto materialismo, dado que lo consideraba inadecuado para la psiquiatría. Él defendió un punto de vista paralelista. Por cierto, no hizo suya por completo la compleja argumentación wundteana en relación a los problemas anímico-físicos. Para Kraepelin no resultaba tampoco aquí interesante la problemática filosófica, sino sólo las posibles implicancias de ella para la investigación psiquiátrica. Para hablar más gráficamente, para él se trataba menos de un paralelismo entendido teóricamente, que de un "paralelismo metódico": exigía y practicaba la aplicación de una metodología de las ciencias naturales, en especial en cuanto a la experimentación, en el área de la psiquiatría y la psicología.

"Experimentalismo"

El experimento debía ser afirmado como base principal de la investigación psiquiátrica (y psicológica). Ello implica datos cuantificables en oposición a los métodos cualitativos. Kraepelin desde siempre se había manifestado escéptico respecto de teorías del tipo subjetivo-heurístico, incluso en el caso del psicoanálisis; abiertamente se mostraba reacio a aceptar dichas teorías, pronunciándose en contra. Esta fuerte valoración de lo experimental dividía las aguas y diferenciaba entre la psiquiatría y la psicopatología por una parte, y la psicología por otra, sin que se desdibujaran los respectivos límites. En cierto momento de su vida, Kraepelin representó la postura que consistía en que el camino experimental debía utilizarse no sólo para la enfermedad, sino que también la psiquis sana debía aprehenderse desde la perspectiva de las ciencias naturales.

3. El principio de "las entidades morbosas naturales"

Durante toda su carrera psiquiátrica, Kraepelin presentó el principio de "las entidades morbosas naturales" en psiquiatría. Éstas vienen dadas por la naturaleza a cada entidad singular y deben ser descubiertas a través de la investigación psiquiátrica, no simplemente construidas o hipostasiadas. Luego de que estas entidades morbosas, partiendo de la naturaleza, fueran establecidas "biológicamente", para decirlo en términos actuales, ya no juega más un rol decisivo el tan importante postulado kraepeliniano, cuya perspectiva de investigación se pretende acercar aquí. El resultado debe ser, al fin y al cabo, el mismo. El siguiente esquema intenta ilustrar el orden de ideas en cuestión:

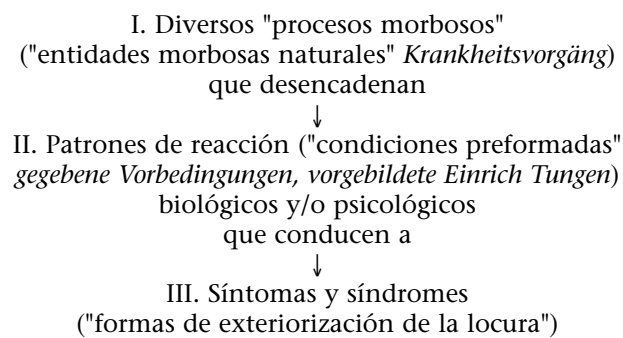
Anatomía patológica - Etiología

"Entidades morbosas naturales"

Sintomatología (curso de la enfermedad incluido)

Esquema 1: estructura medular de la comprensión kraepeliniana de la enfermedad

Kraepelin sometió las convicciones fundamentales de sus últimos escritos programáticos de los años 1918-1920, los cuales estaban influenciados por objeciones hechas por Alfred Erich Hoche (1865-1943), Ernst Kretschmer (1888-1964) y Karl Birnbaum (1878-1950), a una crítica prueba. A pesar de ello, nunca dejó de lado su postulado de la existencia y cognoscibilidad científica de las entidades morbosas naturales en psiquiatría. En efecto, ordenó el cuadro que clínicamente fue llamado *dementia præcox* o la enfermedad maniaco-depresiva, las que posiblemente no se correspondían directamente con las entidades morbosas que les serían de base, sino que a lo sumo eran una forma típica, aunque no patognomónica, de manifestación de las mismas entidades. Este ordenamiento fue llevado a cabo en su trabajo *"Die Erscheinungsformen des Irreseins"* (1920). La forma de manifestación de la enfermedad estaba moldeada no sólo por el curso de la enfermedad en sí mismo, sino también por factores biográficos, sociales y aspectos físico-corporales independientes de dicha enfermedad. Kraepelin incorporó de aquí en más entre los planos de las entidades morbosas específicas y de la sintomatología transversal clínica inespecífica –ciertamente con poca precisión conceptual– el nivel de las "condiciones preformadas", y desde entonces habló del "registro de la locura". Esto mostraba similitudes con la doctrina del síndrome (Hoche 1912), en varios aspectos, aunque Kraepelin se sujetaba muy bien al postulado básico de la distinción, dada por naturaleza, de las entidades morbosas psiquiátricas. El segundo esquema iluminará más acabadamente el resumen expuesto:



Esquema 2: postulados nosológicos básicos del último Kraepelin (1920)

3. De Kraepelin al "neokraepelinismo"

Hallamos razones determinantes para la gran influencia que obtuvo (y todavía tiene) la psiquiatría de Kraepelin:

- Ella se orientaba hacia la clínica, con un objetivo pragmático; en especial, atendía al desarrollo de las enfermedades mentales.

- Creó una clasificación clara y sistemática del heterogéneo campo de los fenómenos psiquiátricos.

- Fue la expresión de la definida identidad de Kraepelin como científico que trabajaba cuantitativa y experimentalmente, intentando mantener los contenidos especulativos al margen de la psiquiatría. Dicha identidad se correspondía por completo con el espíritu de la época.

Dado este trasfondo, Kraepelin tuvo éxito en dar un impulso decisivo a diversas áreas de la investigación psiquiátrica, como ser la psicofarmacología y la psicología experimental, la psiquiatría llamada en ese entonces "comparada", hoy "transcultural", la neuropatología, la epidemiología psiquiátrica y la genética, como así también la psiquiatría forense. Su esperanza depositada en la posibilidad de la integración rápida de diferentes principios teóricos, en un camino a una unidad de la psiquiatría "científicamente real", no ha sido cumplida, por cierto. Por una parte, podríamos decir que ha hecho aportes esenciales a la psicología laboral, a través de sus investigaciones sobre el trasfondo psicológico del trabajo (su "curva del trabajo" aún se cita hoy en día en la literatura psicológica). Pero, por lo contrario, la aplicación directa de la psicología experimental en la práctica y la investigación clínicas, desde siempre exigida por Kraepelin, apenas ha sido implementada (Hoff 1992, Gruhle 1929).

Se puede hablar con certeza de una fase de fragmentación en la construcción de la teoría psiquiátrica en la era post-Kraepelin.

Esta diversidad teórica, que tiene muchas causas, todavía existe hoy en día. No obstante ello, en las últimas décadas del siglo veinte, en especial vinculado a autores de habla inglesa con una orientación neurobiológica, ha surgido un llamado a un "redescubrimiento" de los principios kraepelinianos. Blashfield describe a los "neokraepelinianos" como *"un grupo de psiquiatras que se había pronunciado contra los argumentos anticlasificatorios de los años cincuenta y sesenta del siglo veinte. Los neokraepelinianos pusieron de relieve el valor positivo de la clasificación, apoyaron el modelo de la medicina, alentaron claramente la teoría científica en la psicopatología, la cual debía basarse en la genética y la bioquímica"*. (Blashfield 1984, págs. 34-35) Para una comparación del punto de partida de la posición de Kraepelin y del actual "neokraepelinismo", en una perspectiva histórica de las ideas, se nos ocurren asombrosos paralelos. He aquí algunos ejemplos:

- La coincidente exigencia de una transformación de la investigación psiquiátrica toma su fuerza como para resultar convincente, del extendido descontento con la incompatibilidad metódica y conceptual de las distintas teorías ya existentes.

- El mismo Kraepelin y los neokraepelinianos no confiaban en que el diagnóstico psicopatológico transversal tuviera una función determinante en el ordenamiento nosológico. El cuadro clínico debería correlacionarse con parámetros neurobiológicos y con el desarrollo de la enfermedad.

- La investigación psiquiátrica, como así también la autocomprensión de cada uno de nosotros, debe orientarse según el modelo de las ciencias naturales; debe tomar distancia especialmente de teorías "especulativas". Los ataques de Kraepelin son válidos ante todo en relación a la "psiquiatría romántica", pero

también respecto del psicoanálisis. Por último, el blanco principal de las críticas de muchos "neokraepelinianos" sigue siendo, junto con lo arriba expuesto, la relativización sociológica de los principios médicos.

- En ambos casos se juzga optimista y confiadamente la productividad científica de la propia teoría, lo cual resulta más que esencial en vinculación con la disposición al uso de nuevos métodos de investigación existentes: para Kraepelin, la anatomía cerebral que se desarrollaba rápidamente, la neurofisiología y la bioquímica, la genética psiquiátrica y la epidemiología; para los autores actuales, la biología molecular, la bioquímica, así como los procedimientos neurofisiológicos y por imágenes, cada vez más refinados (estáticos y funcionales).

- Por de pronto, se manifestó poco interés por cuestiones filosóficas. En el mismo Kraepelin ello se mostró con el ejemplo de la acotada recepción que tuvo la filosofía de Wundt. En este punto también, los trabajos del entorno neokraepeliniano raramente reconocen que consideran necesaria la discusión científica de las bases filosóficas de las teorías.

- Ambas orientaciones se ocupan del establecimiento de una psiquiatría con eje en la investigación, decididamente entendida como disciplina médica autárquica, claramente delimitada respecto de ciencias sociales y heurísticas que trabajan en campos de estudio en común.

- Uno de los pensamientos básicos del "neokraepelinismo" es, consecuentemente, la suposición de la existencia de trastornos mentales delimitables, accesibles a la investigación empírica. El impulso decisivo para este desarrollo se encuentra ya en los años cincuenta, y por cierto se ha publicado al respecto en el manual de psiquiatría clínica de W. Mayer-Gross, E. Slater y M. Roth, aparecido en inglés en 1954. Klerman (1978) ha formulado en detalle y muy rigurosamente las peticiones principales del "neokraepelinismo". Él menciona nueve postulados básicos que, en lo que sigue, deben ser discutidos a la luz de la posición original de Kraepelin:

1. *"La psiquiatría es una rama de la medicina"*

Este postulado afirmativo hubiera sido evidente para Kraepelin.

2. *"La psiquiatría debería establecer modernos métodos científicos, contruidos con conocimientos corroborados científicamente en su aplicación"*.

Aun cuando la intención de Kraepelin fuera idéntica, este criterio implica algunas dificultades: permanece en la oscuridad la línea por la cual delimitar métodos y conocimientos científicos respecto de aquellos que no lo son. Finalmente, cada opositor al "neokraepelinismo" invocará su adscripción al criterio de la científicidad. Sobre todo, autores de orientación psicodinámica objetarán que aquí el adjetivo "científico" ("*scientific*") está equiparado sin reparos a lo "cuantificable por las ciencias naturales". Klerman no comenta este asunto. Tal reduccionismo metódico no sería de ningún modo considerado, por una cuestión de principios. No obstante, debe permanecer siempre consciente de esta problemática. De otro modo se incurre en un dogmatismo por el cual se aceptan líneas de investigación que se transpolan en bloque al respectivo "lenguaje científico" cuantificable predominante; cualquier otro proceder se descalifica como "no cienti-

fico". La necesidad de una reflexión filosófica aparece, por consiguiente, en el caso del "neokraepelinismo", de ninguna manera con menor significación que para el mismo Kraepelin.

3. *"La psiquiatría trata hombres que están enfermos y que solicitan tratamiento a causa de su enfermedad mental"*

Este criterio tiene poca relación con los propios textos de Kraepelin. Tampoco aporta ningún esclarecimiento. Su primera parte es tautológica, y la segunda muestra un desconocimiento de la situación psiquiátrica, en tanto que a menudo los pacientes profundamente desequilibrados no sólo no solicitan tratamiento sino que lo rechazan de plano.

4. *"No hay ninguna frontera entre normalidad y enfermedad"*

También este postulado coincide con la convicción de Kraepelin, pero solamente en lo concerniente al principio de las "entidades morbosas naturales". Para Kraepelin, había transiciones muy fluidas de un estado de salud a otro de enfermedad en el diagnóstico práctico. Una transición de esa clase no se daba abruptamente, sino de un modo continuo y lento. Precisamente Kraepelin puso un fuerte énfasis en lo premórbido. Opinaba que, a menudo, en las rarezas remontables a la infancia de los psicóticos, se podía hallar la posibilidad de un lento "crecimiento" de la psicosis a partir de trastornos previamente dados; hoy se hablaría de "vulnerabilidad" y de pródromos de la psicosis manifiesta.

5. *"Hay enfermedades mentales diferenciables. Las enfermedades mentales no son un mito. No existe solamente una, sino muchas enfermedades mentales. La tarea de una psiquiatría científica, tal como la tarea de las otras disciplinas médicas especializadas, es desentrañar la causa, diagnóstica y efectuar el tratamiento de dichas enfermedades"*.

Este criterio se corresponde de nuevo exactamente con la búsqueda kraepeliniana de las "entidades morbosas naturales". La formulación apuntada por Klerman, en cuanto a que las enfermedades mentales no son ningún mito, se debe leer como respuesta a la polémica suscitada por autores antipsiquiátricos, por ejemplo Szasz (1972), quien afirmaba justamente lo contrario.

6. *"El centro de gravedad de un médico activo psiquiátricamente debería descansar especialmente sobre los aspectos biológicos de las enfermedades mentales"*.

También este postulado refleja el exacto pensamiento de Kraepelin. Éste subrayaba siempre la dimensión correspondiente al curso de la enfermedad y por lo tanto consideraba la perspectiva biológica como decisiva.

7. *"Debería haber un explícito y comprometido esfuerzo en el trabajo diagnóstico y de clasificación"*.

Aquí no encontramos discrepancia alguna con la posición de Kraepelin.

8. *"Los criterios diagnósticos deberían ser establecidos en un código. Debería haber un rumbo de investigación reconocido y considerado científico, el cual validara dichos criterios a través de distintas técnicas. Más allá de esto, los departamentos psiquiátricos de las escuelas de medicina deberían enseñar estos criterios sin efectuar una crítica desvalorizadora, tanto tiempo como dichos criterios estén probados"*.

El énfasis en la influencia que la formación continua y el estudio tiene sobre el desarrollo de la totalidad

de la especialidad psiquiátrica se corresponde exactamente con la intención de Kraepelin: su preocupación por estas cuestiones no procede solamente de su biografía, en tanto siempre se ocupó de la iniciación y desarrollo posterior de instituciones de enseñanza para estudiantes de medicina, para médicos que recién comenzaban su labor o para juristas. La "codificación" en forma de criterios diagnósticos explícitos (centro estructural de cada diagnóstico operacional), en cambio, no tenía para Kraepelin, quien estaba fuertemente orientado al desarrollo y evolución de la enfermedad, semejante importancia. Asimismo, miraba más bien con escepticismo el diagnóstico transversal.

9. *"Los proyectos de investigación cuya meta sea elevar la validez y confiabilidad de los diagnósticos y de las clasificaciones deberían aplicar técnicas estadísticas"*.

En el contexto de la investigación diagnóstica, y sólo en este aspecto se toca el criterio 9, las técnicas estadísticas apenas encuentran en Kraepelin (todavía) alguna consideración, como por otra parte sí sucedía en la psicología experimental. La tendencia general a la cuantificación de las hipótesis científicas es, en cambio, muy característica de su sistema.

Si formuláramos las comparaciones individuales de un modo conjunto, resultaría dable el siguiente cuadro: a primera vista se impone una gran concordancia entre el neokraepelinismo y las posturas originales de Kraepelin. Pero no debemos llamarnos a engaño sobre ello, ya que a menudo sólo fueron tenidas en cuenta las que en su mayoría eran características "superficiales". El neokraepelinismo gana frecuentemente su coherencia por medio de la recepción científica fructífera y positiva que han tenido los supuestos psiquiátricos fundamentales de Kraepelin. De este modo el neokraepelinismo, al igual que el mismo Kraepelin, consigue llegar, sin quererlo y en el peor de los casos, a conclusiones dogmáticas: un neokraepelinismo en un sentido negativo. Ello ocurre a través de la subestimación de las premisas filosóficas implícitas, de una actitud acrítica de reduccionismo. Por ejemplo, tómense los arriba llamados criterios 4 y 5, que por cierto constituyen pilares fundamentales del pensamiento de Kraepelin, intensifíquese los tan apodícticamente como sea posible; así podríamos irónicamente hablar, con Michels (1984), de un "hiperkraepelinismo". Concretamente, llama la atención una a menudo drástica tendencia a la "reificación", a la cosificación y objetivación de las enfermedades mentales. Esto último acaso lo podríamos encontrar plasmado en los años intermedios de trabajo de Kraepelin, si resultara plausible hablar de una tendencia semejante en su labor. Por otra parte, algunos neokraepelinianos nunca han llegado a abordar la ya mencionada problemática que se presentaba en los últimos escritos programáticos.

¿Qué significa todo esto para la comprensión que puede alcanzar la neurociencia actual?

Un aspecto importante es aquí la relación entre la nosología y la investigación. La propia posición de Kraepelin es clara: la investigación tiene como objetivo el reconocimiento de las entidades morbosas naturales, y la nosología tiene que trabajar codo a codo con aquélla para acercarse a dichas entidades por medio de la comprobación empírica. El desarrollo de la psiquiatría después de Kraepelin sobrevalorizó demasiado el

carácter sistemático de su nosología, en desmedro de su capacidad empírica de adaptación y flexibilidad. Con el correr del tiempo, la psiquiatría se ha desarrollado mucho más rígidamente de lo que Kraepelin lo hubiera concebido. La "psiquiatría biológica" que estaba surgiendo desde los años sesenta del siglo veinte tomó de un modo muy positivo las hipótesis kraepelinianas, aunque reflejó el desarrollo diacrónico de su concepto de las entidades morbosas naturales hasta la renovación autocrítica hecha alrededor de 1918, sólo parcialmente. Solamente así se explica el malestar frecuentemente articulado con la nosología kraepeliniana, en especial en relación con la dicotomía respecto de las psicosis endógenas; es decir, la diferenciación entre el campo de las formas esquizofrénicas y las afectivas. Los investigadores en neurobiología sentían (y sienten) que la nosología clásica era verdaderamente una carga molesta y reclamaban estrategias no dependientes de una nosología; así fue acuñado el slogan de la "desnosologización". Paradójicamente, semejante exhortación a la crítica de la nosología apenas le hubiera molestado a Kraepelin. Desde su visión de las cosas, según lo que arriba se ha comentado, él no estaba precisamente en la primera línea nosológica, sino que era un investigador orientado clínicamente. Los permanentes reajustes durante las correcciones de su manual no son otra cosa que la expresión de una crítica nosológica empíricamente fundada con la que el mismo Kraepelin acordaría.

Para no dar lugar a malentendidos: desde luego Kraepelin no ha modificado su postulado básico de la existencia y posibilidad de aprehensión científica de las entidades morbosas naturales y distintas; en este plano ha persistido en plantear procesos dicotómicos: el respectivo proceso morboso existe o decididamente no. El Kraepelin tardío ha expresado claramente, del mismo modo, que no se puede hablar de una dicotomía natural entre los cuadros clínicos de la esquizofrenia y de la enfermedad maniaco-depresiva. Es de destacar –y aquí se cierra el círculo llegando a la crítica nosológica actual– que el mismo Kraepelin haría una exhortación a que la investigación no se orientara exclusivamente a constructos clínicos, sino a producir "validaciones externas"; esto se podría celebrar sin que ello implicase reducciones sustanciales a su teoría.

Dicho intento de "validación externa" es presentado por la "psicopatología funcional", la cual fue aproximadamente definida por van Praag y colaboradores: *"La inflexible orientación de la psiquiatría biológica en la búsqueda del centro medular de las enfermedades ha obstaculizado todo el progreso [...] El desarrollo de la investigación sobre la serotonina en la psiquiatría muestra el significado de lo que hemos dado en denominar teoría funcional. Ésta va acompañada por una subdivisión del síndrome psicopatológico dado en sus componentes, es decir, en los trastornos psicológicos de la función, buscando la correlación entre los trastornos biológicos y los psicológicos"*. (van Praag et al. 1987).

Benkert (1990) propuso una fuerte acentuación de esta línea de pensamiento: dado que la clasificación nosológica transmitida ya no era satisfactoria, según se desprendía de las estrategias terapéuticas y de los diagnósticos biológico-psiquiátricos que tenían muy en cuenta la nosología, y, por otra parte, la comenta-

da lejana meta de una clasificación biológica no era aún realizable, la estrategia "funcional" se presenta a primera vista como la mejor solución posible, al menos provisoriamente. De esta manera, síndromes clínicos que se corresponden con el mismo tratamiento, pensados funcional-nosológicamente, o considerados idénticos, por ejemplo compulsiones, angustia y humor depresivo, aun cuando desde la perspectiva de la nosología clásica se hallen muy lejanos unos de otros, podrían ser tratados todos ellos con antidepresivos del tipo ISRS.

En efecto, la desnosologización no ha sido exigida ni llevada a cabo solamente con argumentos neurobiológicos. También la sutil comprensión psicopatológica del diagnóstico transversal y longitudinal ha producido nuevos criterios de ordenamiento nosológico. Son recordados los debates surgidos desde los trabajos de Kasanin y Langfeldt de los años 1933 y 1937, en cuanto al estatus del "nivel intermedio esquizoafectivo" (Janzarik 1980) o tras la comprobación de que, tanto las depresiones "endógenomorfas" podían cursar en una esquizofrenia, como así también un síndrome residual del tipo "deficiencia pura" podía darse en pacientes manícodepresivos (Huber et al. 1989).

Resumen y perspectiva final

Una psiquiatría orientada neurobiológicamente, que dice seguir a Kraepelin, debe comprender su enseñanza tanto en relación con sus contenidos como respecto de su dinámica histórica. Esto significa dos cosas distintas: en primer lugar, no debemos extraer de manera aislada los momentos de su doctrina que nos resulten adecuados y positivos. Aun cuando el mismo Kraepelin apenas haya tomado conocimiento

de ello, su enseñanza debe ser entendida en el contexto de un marco histórico científico. Si esto no sucede, se importan otra vez, invocando a Kraepelin, toda clase de prejuicios en la psiquiatría; sin duda, una variante indeseada del "neokraepelinismo". En segundo lugar, no se puede permitir que la psiquiatría de Kraepelin sea reducida discrecionalmente a la biología, en función de sus lazos naturalistas: queda el hecho de que Kraepelin ha considerado la "perspectiva clínica" como meta irrenunciable para la pretendida unidad de la psiquiatría en el sentido de una "ciencia realista".

Una operacionalización acrítica y reduccionista del proceso diagnóstico o, por otra parte, el postulado que pretende sustituir por completo la psicopatología a través de validaciones biológicas externas no constituyen, seguramente, una continuación consecuente del pensamiento de Kraepelin. Formulado de otra forma: el entendimiento psiquiátrico de Kraepelin tiene, sin duda alguna, sus límites metódicos y conceptuales. Un "hiperkraepelinismo" ingenuo deberá hoy en día soportar todavía más críticas que el mismísimo Kraepelin; y esta vez con razón. Entretanto, el punto de discusión de los fundamentos históricos y teóricos de la psiquiatría ha llegado así y todo a un nivel tal, a pesar de todas las controversias, que un simple retroceso apodóctico hacia posiciones dogmáticas ya no resulta aceptable.

La viva discusión en torno a la obra de Kraepelin y su significado para la comprensión actual (y futura) de la psiquiatría, es una fuerte comprobación de lo relevante que resulta para la praxis la investigación histórica psiquiátrica. Es por ello que ésta debería intensificarse y ser llevada consecuentemente al más alto nivel en el marco de una estrecha cooperación internacional ■

Bibliografía

- Benkert O., Functional Classification and Response to Psychotropic Drugs. In: Benkert O, Maier W, Rickels K (Hrsg) *Methodology of the Evaluation of Psychotropic Drugs* (Psychopharmacology Series 8). Springer, Berlin Heidelberg. S. 155-163, 1990
- Berrios GE, Hauser R., The early development of Kraepelin's ideas on classification: a conceptual history. *Psychological Medicine* 18: 813-821, 1988
- Blashfield RK., *The Classification of Psychopathology - Neo-Kraepelinian and Quantitative Approaches*. Plenum Press, New York, 1984
- Gruhle HW., Kraepelin's Bedeutung für die Psychologie. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 87: 43-49, 1929
- Hermle L., Die Degenerationslehre in der Psychiatrie. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 54: 69-79, 1986
- Hoche AE., Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 12: 540-551, 1912
- Hoff P., Psychiatrie und Psychologie - Bemerkungen zum Hintergrund des Kraepelinschen Wissenschaftsverständnisses. In: Oldigs-Kerber J, Leonard J P (Hrsg) *Pharmakopsychologie*. Fischer, Jena. S. 25-43, 1992
- Hoff P., *Emil Kraepelin und die Psychiatrie als klinische Wissenschaft*. Springer, Berlin Heidelberg New York, 1994
- Huber G, Gross G, Klosterkötter J., Konzepte und Kriterien affektiver Psychosen. *Nervenarzt* 60: 90-94, 1989
- Janzarik W., Der schizoaffektive Zwischenbereich und die Lehre von den primären und sekundären Seelenstörungen. *Nervenarzt* 51: 272-279, 1980
- Klerman GL., The evolution of a scientific nosology. In: Shershow JC., (Hrsg) *Schizophrenia: Science and Practice*. Harvard University Press, Cambridge London. S. 99-121, 1978
- Kraepelin E., *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte*. 6., vollständig umgearbeitete Auflage. 2 Bände. Barth, Leipzig, 1899
- Kraepelin E., Die Erscheinungsformen des Irreseins. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 62: 1-29, 1920
- Kraepelin E., *Einführung in die psychiatrische Klinik*. 4., völlig umgearbeitete Auflage. 3 Bände. Barth, Leipzig, 1921
- Michels R., A Debate on DSM-III. First Rebuttal. *American Journal of Psychiatry* 141: 548-551, 1984
- Pick D., *Faces of Degeneration: A European Disorder 1848-1918*. Cambridge University Press, Cambridge, 1989
- Praag HM, van, Kahn RS, Asnis GM, Wetzler S, Brown SL, Bleich A, Korn ML., Denosologization of biological psychiatry or the specificity of 5-HT disturbances in psychiatric disorders. *Journal of Affective Disorders* 4: 173-193, 1987
- Szasz TS., *Geisteskrankheit-ein moderner Mythos? Grundzüge einer Theorie des persönlichen Verhaltens*. Walter, Olten Freiburg, 1972

Recobrar la libertad de pensamiento

Entrevista a Jean Garrabé*

por Juan Carlos Stagnaro

Vertex: *¿Cuál es su opinión sobre las nosografías criteriológicas actuales del tipo DSM y CIE? ¿Encuentra una diferencia significativa entre ellas?*

Jean Garrabé: No se puede apreciar la validez de una clasificación de enfermedades en sí. Sólo podemos hacerlo teniendo en cuenta cuál es el objetivo que se han fijado sus promotores al concebir su sistema nosológico. Hay entre la Clasificación Internacional de Enfermedades (Cap. V) y los DSM un punto común: el objetivo, que es recoger datos mediante instrumentos estadísticos (no hay que olvidarse de la S de la sigla DSM) pero difieren en varios puntos que no son sólo detalles:

La clasificación de la OMS es una clasificación general de enfermedades con un capítulo específico para los trastornos mentales (V o F), capítulo que, sin embargo, debe respetar los mismos criterios, ya que debe utilizarse conjuntamente, por ejemplo, para codificar los factores orgánicos en las enfermedades mentales y viceversa.

Además, siendo una clasificación internacional debe poder utilizarse en el mundo entero, o, al menos, en los países integrantes de la OMS (la historia nos dice que las clasificaciones internacionales concebidas entre las dos guerras mundiales por la Oficina de Sanidad de la Sociedad de Naciones sólo las utilizaron los médicos de los países integrantes de la misma, cosa que no hicieron ni los Estados Unidos, que no formaban parte de ella, ni los de los países totalitarios que se retiraron de la Sociedad).

En la octava edición de la CIE (1974) aparece una novedad: el capítulo "Trastornos mentales" se acompaña de un glosario con definiciones, en principio universales; aunque correspondían, en su mayoría a la nosografía europea de la época. Los autores del glosario de la CIE 9 (1979) reconocen dificultades en su empleo que son inevitables, según ellos, por el estado actual de los conocimientos en psiquiatría y por la necesidad de que fuesen aceptados por el mayor número de países y de escuelas de pensamiento a través del mundo. A pesar de estas dificultades las ediciones 8 y 9 de la CIE permitieron investigaciones epidemiológicas y transculturales

en el grupo de la psicosis esquizofrénicas (véase, por ejemplo, la presentación de Norman Sartorius de los resultados de los estudios de la OMS en la Enciclopedia Médico Quirúrgica en 1983). Es de notar que estos estudios epidemiológicos tuvieron un impacto en las concepciones psicopatológicas de la esquizofrenia al poner en relieve la importancia de los factores culturales en la evolución de estas psicosis. Sin embargo, nadie pensó en los años 70 que el enfoque estadístico epidemiológico podría sustituir al psicopatológico.

Cuando en el Congreso Mundial de Psiquiatría de Honolulu (1977) la Sección Clasificaciones de la WPA recomendó que se revisasen las clasificaciones nacionales, en los países en las que éstas existían, para hacerlos corresponder con la décima edición de la CIE, entonces en preparación, la *American Psychiatric Association* (APA) emprendió la revisión del DSM-II, muy alejado de la clasificación de la OMS.

La opción de escoger, para el DSM-III, el sistema de criterios de inclusión/exclusión de la Escuela de Saint Louis, la declaración de ateoricismo a pesar de la importancia del conductismo hizo, paradójicamente, que si la nueva clasificación norteamericana en algunos puntos se acercaba a la internacional, en otros se alejara de ella.

Su objetivo seguía siendo recoger datos estadísticos pero, ante todo, en los Estados Unidos en donde, no lo olvidemos, hay escuelas de pensamiento muy distintas, lo que obliga a escoger criterios con un consenso mínimo; pueden recoger estos datos otros profesionales además de los psiquiatras. No se ha valorado bastante que el DSM-III prepara el diagnóstico asistido por computadora en psiquiatría, ya que si se rellenan correctamente los ítems correspondientes a cada categoría diagnóstica, se volvería inútil recurrir al examen clínico clásico del enfermo por parte del médico. Es sabido que abogados, compañías de seguro, etc., han utilizado los DSM-III y IV para discutir diagnósticos practicados a algunos de sus clientes con el método antiguo. Naturalmente los responsables de este error metodológico no son los responsables de la clasificación sino los que la utilizan para otros fines que aquéllos para los que fue ideada, repitámoslo una vez más: *recoger datos estadísticos para estudios epidemiológicos comparativos.*

* Ex Presidente de la Société Médico Psychologique. Miembro del Grupo de Revisión de la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfance et l'Adolescence (CFTMEA).



Vertex: *¿Qué ha sido de los diagnósticos de la clínica francesa y de la psiquiatría dinámica en la práctica concreta de los psiquiatras franceses?*

J. G.: Muy a menudo, los psiquiatras que han recibido la formación adecuada hacen el diagnóstico según el método clínico, y, en cambio cuando se trata de reunir datos para una estadística, por ejemplo la de la actividad de una institución, utilizan la CIE 10 que es la clasificación oficial en Francia, en tanto país miembro de la OMS.

Pero se ha cometido en nuestro país, así como en otros, un error mucho más grave porque han caído en él psiquiatras aguerridos e, incluso, profesores de psiquiatría que pensaron que podían sustituir el DSM y la CIE al enfoque psicopatológico y que “enseñar y aprender” la psiquiatría consistía en enseñar cómo se utilizan estas clasificaciones, y que con este aprendizaje bastaba para saber tratar a los enfermos. Este era el objetivo del diagnóstico clínico: poder determinar en la práctica, para un sujeto determinado, cuáles son las indicaciones y las contraindicaciones de los distintos tratamientos que se pueden utilizar en su caso.

Vertex: *¿Es posible imaginar una confluencia futura entre ambas vertientes, el pensamiento semiológico clásico y las clasificaciones actuales basadas en criterios?*

J. G.: No me parece posible imaginar una confluencia futura entre ambas vertientes, porque eso significaría que tienen el mismo objetivo y, en realidad, son como líneas o planos paralelos que sólo pueden converger en un punto del infinito. Esto no impide que pueda haber intercambios de unas a otras. Me limitaré a hacer un par de comentarios. Por ejemplo la transformación del Trastorno de Personalidad Múltiple (*Multiple Personality Disorder*) de las CIE 9 y 10 y de los DSM-III y III R en Desorden Disociativo de la Identidad (*Disociative Identity Disorder*) es efecto del retorno a la concepción psicopatológica inicial de la disociación histérica. Otro ejemplo es el de la categoría F 20.4, de la CIE 10, que es denominada, de manera sorprendente, “Depresión post esquizofrénica”, ya que no se produce después de una psicosis esquizofrénica sino en su mismo transcurso. Esto plantea una serie de preguntas: ¿Forma parte de la esquizofrenia? ¿Cuáles son los síntomas que se deben a la depresión y cuáles al tratamiento? Y, por último, ¿es realmente una depresión o parte de la sintomatología propia de la esquizofrenia? Solamente un enfoque psicopatológico podría responderlas. Lo que hemos intentado transmitir a nuestros discípulos en el arte que hemos recibido de nuestros maestros, es el pensar con nuestros enfermos cómo recobrar la libertad del pensamiento ■

Psicoanálisis y Epistemología

Desarrollo mental y producción de teorías

Samuel Zysman

Médico psiquiatra y psicoanalista, Psicoanalista didacta, Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (APdeBA), Miembro Titular de la Asociación Psicoanalítica Internacional. Santa Fe 3389, 8º 52, Buenos Aires. E-mail: zysman@satlink.com

Introducción

En este trabajo estudiaremos la clase de relación que presumiblemente existe –desde una perspectiva psicoanalítica– entre la adquisición de conocimientos en general, el armado de teorías basadas en generalizaciones de dichos conocimientos y las teorías sexuales infantiles estudiadas por el psicoanálisis (TSI), cuya relevancia para este proceso queremos tratar de establecer.

Lo que sabemos, por ahora, es que el psicoanálisis sostiene su ejercicio clínico sobre un variado conjunto de teorías (no siempre compatibles entre sí) y que, tanto el material suministrado por los pacientes como las interpretaciones analíticas, pueden considerarse vehículos de sendas “teorías” que versan básicamente sobre la problemática de dichos pacientes. Ahora bien, si a esta perspectiva la considerásemos correcta, tendría sentido para nosotros una indagación psicoanalítica sobre las teorías en general, en tanto tales y como productos de la mente humana, como también sobre sus condiciones de producción y sobre las relaciones que puede haber entre esas condiciones y los enunciados teóricos propiamente dichos. Se trata de emplear nociones teóricas del psicoanálisis, cuyo estatus científico mismo sigue siendo objeto de debates, para empezar a abordar precisamente con ellas la cuestión de la construcción de teorías en general. Sin duda, se trata de una empresa difícil aunque atractiva y necesaria que aquí solo quedará expuesta sumariamente. En este contexto, también esperamos poder mostrar que las teorías sexuales infantiles no sólo constituyen de por sí un excelente cam-

po de investigación sino que en realidad forman parte insoslayable de los temas que pretendemos estudiar.

Si bien más abajo y con más detalle, nos referiremos a los conceptos freudianos sobre las TSI, recordemos que Freud (11, p.207) en 1908 no sólo las bautizó como “teorías” sino que sostenía que, entre otras cosas, su importancia derivaba de “encontrárselas presentes y operativas en las neurosis, en las que adquieren una influencia determinante en la formación de los síntomas”. Es así como Freud, al ir armando una “teoría general de las neurosis” sobre la base de la sexualidad como principal fuente inconsciente del conflicto psíquico, utilizó un hallazgo clínico (quizás sería más apropiado hablar de los hallazgos del caso Juanito) para ampliar dicha teoría con una nueva: la que postula que existen “teorías” imperfectas sobre los hechos sexuales que son instrumentales en la causación de síntomas en niños y adultos por igual. Esta ampliación de lo que podríamos llamar “familia de teorías” (19, p.170) da sustento, por un lado, a la afirmación de que detrás de toda neurosis de un adulto se oculta una neurosis infantil: como sostiene Freud, ambas ponen de manifiesto la existencia de “teorías sexuales infantiles” (las que se hacen evidentes por los síntomas y se integran en el fenómeno transferencial como la “teoría del paciente sobre sí mismo”, mencionada más arriba). Pero, por otro lado, se convierte en un nudo de problemas epistemológicos planteados por la existencia de relaciones entre el conflicto psíquico y la teorización misma. Es cierto que en la literatura clásica las TSI son consideradas principalmente desde la perspectiva de su función defensiva. Ese era el enfoque freudia-

Resumen

Este trabajo tiene por objeto estudiar desde una perspectiva psicoanalítica la relación entre la adquisición de conocimientos en general, el armado de teorías basadas en generalizaciones de dichos conocimientos y, lo que se considera un antecedente, las teorías sexuales infantiles (TSI). El psicoanálisis es también una psicología de los procesos psíquicos normales, entre los que se cuenta la actividad creadora que incluye el pensamiento científico. Esto interesa a psicoanalistas y epistemólogos y abre el camino a necesarias empresas interdisciplinarias.

Palabras clave: Desarrollo cognitivo – Psicoanálisis y epistemología – Etología – Fantasía inconsciente – Teorías sexuales infantiles.

PSYCHOANALYSIS AND EPISTEMOLOGY: MENTAL DEVELOPMENT AND FORMULATION OF THEORIES

Summary

This paper aims at studying from a psychoanalytical perspective the relationship between the acquisition of knowledge, the formulation of theories based on the generalization of such knowledge, and, what we consider to be an antecedent, the infantile sexual theories (IST). Psychoanalysis is also a psychology of normal psychic processes, among them creative activity which includes scientific thought. This is of interest to psychoanalysts and to epistemologists and paves the way to necessary interdisciplinary endeavors.

Key words: Cognitive development – Psychoanalysis and Epistemology – Ethology – Unconscious phantasy – Infantile sexual theories.

no en el contexto de la primera tópica y de la psicopatología que entonces manejaba. En realidad, Freud necesitaba corroborar empíricamente la existencia de neurosis en los niños y particularmente la etiología sexual de las mismas, pero conviene tener presente también –por su interés para este trabajo– que él creyó necesario salvar con un comentario explícito una supuesta objeción metodológica referida a las conclusiones extraídas por analogía de los relatos de la infancia normal y neurótica, como así también llamar la atención sobre la importancia de las TSI en la elucidación del significado de mitos y cuentos de hadas. Evidentemente, queda resalada de este modo una triple importancia de las TSI: como expresión de la sexualidad infantil, como fantasías inherentes al fenómeno transferencial y como aspecto revelador de la actividad creativa. El espacio relativamente acotado que se les ha dedicado en la literatura psicoanalítica debe entonces tener alguna explicación y haré algunos comentarios en ese sentido.

La humanidad ha debido recorrer un camino difícil hasta llegar a comprender y aceptar que un niño es desde el comienzo un ser humano, con sentimientos y necesidades que deben ser comprendidas y atendidas y, asimismo, con capacidad para formarse alguna idea –así sea precaria– del mundo que lo rodea. Esto lo conocemos los analistas de niños, y los historiadores de la cultura, y literatos nos han brindado cuadros muy reveladores del descuido y el sufrimiento a que los chicos fueron sometidos a lo largo de los siglos. El estatus de la infancia fue muchas veces degradante, incluso abyecto, y una de las formas más tontas y exquisitas a la vez de maltrato en este sentido ha sido la inveterada costumbre de considerar a los niños como incapaces de discernimiento alguno, lo que llevó a considerarlos como seres que sólo a determinada edad podían considerarse humanos en el pleno sentido de la palabra. Para ello debían sobrevivir a veces a sistemas educativos bastante parecidos al adiestramiento de animales. Esta nociva actitud que podemos ver como parte de un “malestar en la cultura” basado en profundas esencias psíquicas, lleva, a veces, a preferir una imagen de la infancia todavía no amenazada por conocimiento alguno, “inocente” en el sentido estricto de la palabra, y otras, a terribles prácticas de explotación y aún de aniquilación de las que cada cultura tiene sus propias versiones. En lo que concierne al tema de este trabajo creo evidente que los descubrimientos analíticos freudianos y post freudianos han significado una gran contribución al esfuerzo por revertir este estado de cosas y por eso nos podemos sentir satisfechos, pero tenemos, no obstante, en nuestro propio territorio, algunas dificultades: nuestras limitaciones ingresan a las teorías de que disponemos en función de nuestros compromisos intelectuales y afectivos, puesto que hacemos enunciados acerca del funcionamiento mental con el único instrumento de que disponemos: nuestra mente, sujeta tanto a presiones internas como externas. En la clínica, y sabedores de este problema, tratamos de escrutar la contratransferencia para afinar nuestras interpretaciones. Pero, a veces, cuando teorizamos y no tenemos un paciente a nuestro lado, olvidamos las precauciones y tendemos a creer que proponemos hipótesis teóricas exentas de cualquier componente subjetivo. La opción entre observar la neurosis infantil directamente o conformarse con el niño reconstruido en el análisis de adultos es crucial y puede constituirse en un obstáculo importante o ayudar a evitarlo: sabemos que los datos empíricos sirven para validar o, por refutación, obligar a

abandonar determinadas hipótesis teóricas. Freud mismo nos ha dado el ejemplo de su interés por corroborar empíricamente sus teorías y también, a veces, de cómo la teoría intenta imponerse a los datos clínicos. Dificultades similares pueden advertirse en las discusiones que todavía siguen a propósito de los estadios más tempranos del desarrollo psíquico, el desarrollo del pensamiento y el papel del lenguaje, problemas todos íntimamente relacionados con la antinomia narcisismo primario-relaciones de objeto¹. En este contexto el estudio de las TSI se vuelve especialmente relevante puesto que muestran con claridad la interrelación entre los datos usados en la generalización de hipótesis, las condiciones (psíquicas) en que los mismos se obtienen y la estructura y calidad del producto final. Esta cuestión que atañe a lo que los epistemólogos denominan contextos de descubrimiento y de justificación de las teorías nos interesa por igual a ellos y a nosotros, por lo que un enfoque interdisciplinario parece ser lo más necesario.

En el intento de precisar los pasos sucesivos en la construcción del pensamiento en los humanos, que en algún punto de su desarrollo veremos plasmado en forma de TSI, sobresalieron en sus respectivas épocas Freud y Bion. A los fines de este trabajo, solo nos ocuparemos de las hipótesis que ellos introdujeron en la medida que sean necesarias para ir marcando el camino que intentamos seguir en el mismo. Por otro lado, Money-Kyrle (25, p.448) que se propone “salvar la brecha entre el psicoanálisis y la etología” (intento que consideramos necesario y vigente), contribuye a considerar el desarrollo cognitivo humano desde una perspectiva compatible con las teorías darwinianas y post darwinianas que ya interesaban al Freud del *Proyecto*(9). En el diálogo interdisciplinario esperamos que resulte útil también la introducción de ciertas nociones de la epistemología genética para iniciar una consideración general de la construcción de teorías en la que las teorías psicoanalíticas puedan estar incluidas.

Los desarrollos freudianos

En 1908 Freud publica: “*Sobre las teorías sexuales de los niños*”, que según Strachey constituye la primera presentación completa y coherente sobre este tema. Esto ocurría a solo un año de “*La ilustración sexual de los niños*” y uno antes del famoso caso Juanito, que al parecer ya habría estado en prensa en 1908. Siguiendo a Strachey podemos decir que hay algunas menciones a las TSI en “*La interpretación de los sueños*” y que el concepto es incorporado a los “*Tres ensayos sobre una teoría sexual*” recién en 1915. Freud había circunscrito aquellos hechos primordiales sobre los que los niños intentan teorizar: el origen de los niños, el nacimiento, la naturaleza del coito, las diferencias entre los sexos y la castración. Su interés era dejar bien fundados sus novedosos conceptos sobre la sexualidad humana (1905), lo que lo llevó a compilar y explicar las teorías de los niños definiéndolas, hipotéticamente, como el resultado de la “operación de un autosostenido instinto de investigación” que se ve coartado por las mentiras de los adultos (11, p.213). Si tomamos en cuenta sus posteriores comentarios (14, p.126-127) sobre la curiosidad sexual natural de los niños, veremos que se establece un sólido vínculo entre ésta y el espontáneo interés de la humanidad por investigar, saber, y crear.

Una lectura atenta del trabajo de 1908 permite entre-

ver el desarrollo de líneas divergentes. Un poco antes de la citada mención de un autosostenido instinto de investigación, Freud dice, también, que el interés del niño por la existencia de dos sexos “de hecho no surge espontáneamente [...] aparece bajo el aguijón de los instintos egoístas que lo dominan, cuando –quizás al final de su segundo año– se ve confrontado con la llegada de un nuevo bebé”. Pero luego (loc. cit., 223) también dice: “Estas parecen ser las más importantes de las típicas teorías que los niños producen espontáneamente en su temprana infancia, bajo la sola influencia de los componentes del instinto sexual”. (El subrayado es nuestro).

Parecería entonces que mientras por un lado Freud creía que los niños construyen sus teorías sobre la base de informaciones falsas provistas por los adultos (y estimulados por sus instintos egoístas), por el otro cobra fuerza la idea de que esas teorías aparecen como resultado de una espontánea actividad intelectual infantil. Sobre la base de esto, y de modo correlativo, podrían sostenerse dos posturas divergentes sobre las TSI desde la perspectiva de su valor epistemológico: la primera estaría más enfocada hacia la patología y la segunda atendería a su valor en la construcción del conocimiento. Así vemos que, como resultado de una falta de información (o la existencia de información falsa y distorsiva), los niños elaboran sus falsas teorías, y, si bien “cada una de ellas contiene un fragmento de realidad verdadera” (p. 215), de todos modos “este cavilar y dudar, no obstante, se transforma en el prototipo de todo trabajo intelectual posterior dirigido a la solución de problemas, y el primer fracaso tiene como efecto una deformación de todo el futuro del niño” (p. 219). Pero, si se las toma como el producto de los “componentes del instinto sexual que están a la sazón agitándose en el organismo infantil” (p. 215), aparecerían como pasos necesarios hacia la adquisición de un conocimiento verdadero de los hechos sexuales y como parte del desarrollo más extenso de la capacidad intelectual, siempre abierto a los conflictos inevitables de todo funcionamiento mental.

Ahora bien, siguiendo a Freud en casos tales como “Juanito” o el “Hombre de los Lobos”, por ejemplo, vemos que las fantasías patológicas con que se encontraba al vencer la represión no eran sino versiones activas de esas teorías sexuales que había estudiado². Esto no puede menos que plantearnos la relación entre fantasías en general, fantasías originarias y teorías sexuales, y aquí, nuevamente, se advierte una divergencia puesto que, las teorías sexuales, supuestamente, y siguiendo uno de ambos puntos de vista freudianos, se construyen con material aportado por los adultos, mientras que las fantasías originarias (o primarias) son, y siempre han sido, inconscientes, más allá de toda experiencia personal.

De todos modos, las similitudes y conexiones entre los términos mencionados existen y al respecto Laplanche y Pontalis dicen en su Diccionario (20, p. 149): “Al considerar ahora el tema que encontramos en las fantasías originarias.... nos sorprenderemos de la existencia de un rasgo en común: todas se refieren a los orígenes. Como los mitos colectivos, tratan de proveer una representación y una ‘solución’ a lo que al niño se le presenta como un gran enigma; dramatizan como momento de emergencia, como el origen de una historia, algo que se presenta al sujeto como una realidad de naturaleza tal que demanda una explicación, una ‘teoría’”. (El subrayado es nuestro). Ya ellos habían sostenido (21) que podría tratarse de “un mito sobre el origen: de hecho, lo que Freud tra-

ta de aprehender al dar una representación figurada del mismo, es el momento mismo en que surge el deseo”.

Conviene recordar que tanto Laplanche y Pontalis, como Strachey en la nota introductoria a “*Fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad*” (12) subrayan el hecho de que “el tema de las fantasías parece haber estado muy presente en la mente de Freud alrededor de la fecha de este trabajo” (1908). Otro tema conexo que a la sazón ocupaba la mente de Freud era el de la novela familiar, motivo de otro trabajo, que fue publicado por primera vez con el libro de Otto Rank “*El mito del nacimiento del héroe*”. Para Marthe Robert (28) “la leyenda de Edipo combina de manera notable el tema del niño hallado, inocente o presexual de algún modo, con los temas del parricidio y el incesto en los que Freud encontró la confirmación de su análisis de los hechos psíquicos inconscientes. Edipo es hijo de reyes, pero fue criado por pastores y su nacimiento queda para él como enigma”. Y sigue: “Así como el complejo de Edipo es de hecho un universal humano, no existe ficción, o representación, o imagen artística, que no sea de algún modo su ilustración velada. En este sentido, las ‘novelas’ no son otra cosa que una expresión ‘edípica’ más, entre otras”.

En resumen, de lo dicho hasta ahora, surge con fuerza la hipótesis de la existencia de una íntima relación entre fenómenos en apariencia diversos, como las fantasías, las teorías sexuales infantiles, la novela familiar del neurótico, los sueños diurnos y la creación literaria, siguiendo solamente el hilo del pensamiento de Freud, tal como lo fue expresando en varios trabajos distintos entre 1908 y 1909, incluyendo por supuesto “*La ensoñación diurna y el escritor creativo*”. Es en este último trabajo adonde, después de establecer la continuidad que se puede encontrar entre el juego de los niños, los sueños diurnos, y la escritura creativa, dice además: “No puedo pasar por encima de la relación entre las fantasías y los sueños”, afirmación que, a nuestro juicio, va fuertemente en el sentido de reconocerles un origen común y por ende un sustento metapsicológico también común. Luego (16), en “*Los dos principios del suceder psíquico*”, al sostener que “es probable que el pensamiento originalmente haya sido inconsciente, en la medida en que iba más allá de meras presentaciones ideacionales y se dirigía a las relaciones entre impresiones de objetos, y que no adquirió otras cualidades, perceptibles a la conciencia hasta conectarse con residuos verbales” y que “el fantasear abandona la dependencia de los objetos reales”, expone y deja, mutuamente implicados, varios problemas. Los mismos, en síntesis, serían los siguientes: relaciones entre fantasía consciente e inconsciente, fantasía y realidad, pensamiento y desarrollo cognitivo y el rol de los objetos en estos procesos. El avance teórico sobre ellos, y en particular los diversos estudios sobre las relaciones objetales en general, particularmente las más tempranas, dieron lugar a la formulación de nuevas hipótesis.

Las TSI y la fantasía inconsciente: la escuela kleiniana

No cabe duda de que Melanie Klein expandió el conocimiento de las TSI, dotando a sus descripciones de las mismas del increíble verismo y detalle con que las veía desplegarse en las sesiones. Al igual que Freud, atravesó una etapa temprana en que creyó mucho en el poder profiláctico del esclarecimiento por parte de los adultos para revertir las groseras distorsiones de la realidad que advertía en el material infantil. Pronto, sin embargo, tuvo que reconocer también la necesidad de la interpretación y el

papel decisivo de la realidad psíquica en la trama de las TSI, lo que en su edificio teórico pasó a llamarse fantasía inconsciente; un concepto novedoso y muy abarcativo en el que se basa la idea de una continuidad de los distintos tipos de fantasía con los procesos cognitivos y con la creación en general. Con su trabajo: "*Naturaleza y función de la fantasía*"(18) Susan Isaacs dio forma y sustento teórico a dicho concepto, que ya estaba presente a lo largo de la obra de Klein, presentándolo durante las *Discusiones Controversiales* en Londres (1941-44). Sabemos que el grupo kleiniano quería validar su propio enfoque de la fantasía, distinto del que había propuesto Freud (aunque fiel a su pensamiento según sus miembros). Insustituible para ellos en la clínica, y desarrollado sobre la base del registro de todas las manifestaciones de los niños y de pacientes adultos, verbales y conductuales, servía para pasar a la construcción de hipótesis sobre la realidad psíquica subyacente que –aquí siguiendo el pensamiento freudiano muy de cerca– genera los síntomas y da forma a la neurosis. Dicho desde una perspectiva epistemológica, al utilizar de este modo el concepto de la fantasía inconsciente como base para la formulación de la interpretación, la primera tácitamente queda caracterizada como la teoría presupuesta de las hipótesis interpretativas. Este modo de ver las cosas implica un profundo cambio teórico sin el cual muchos desarrollos posteriores hubieran sido imposibles. Es necesario destacar que el enfoque que los kleinianos y post kleinianos dan al tema de la fantasía inconsciente sigue siendo casi privativo de esa corriente de pensamiento psicoanalítico. Esto es especialmente válido en lo que concierne a la rigurosidad con que se aplica en la clínica; por más que haya habido intentos de compatibilizar los conceptos similares de otras escuelas.

Elizabeth Bott Spillius(4) hace un detallado seguimiento del concepto en Freud y Klein. En su resumen final dice: "*En suma, creo que la idea central de Freud es que el motor principal de la vida psíquica es el deseo inconsciente, no la fantasía. El 'trabajo' de hacer fantasías y el de hacer sueños son procesos paralelos en los que deseos inconscientes prohibidos alcanzan expresión parcial y disfrazada. Para Freud [...] y sus seguidores [...] las fantasías se conciben como realización imaginada de deseos frustrados. Ya se originen en el sistema Consciente (Cc) o en el Preconsciente (Pc), son una actividad del yo y se forman de acuerdo a los principios del proceso secundario. Esto no es todo [...] porque pueden ser reprimidas al Inconsciente (Inc), donde se asocian a deseos pulsionales, quedan sujetas a las leyes del proceso primario, y pueden hallar salida en sueños y otros derivados. Para Freud y especialmente para los analistas franceses, existen también las fantasías primarias, 'inconscientes desde siempre', de la escena primaria, la castración y la seducción, que también pueden ser incorporadas a los sueños y expresadas mediante otras derivaciones...*".

Quedaría así abierta una cuestión acerca del estatus ontológico y metapsicológico de ambos tipos de fantasía inconsciente. La escuela kleiniana parece resolverlo al definir a la misma como el contenido Inc. de toda actividad psíquica, incluso los sueños, puesto que "*pasa a ocupar el lugar asignado al deseo inconsciente*" y se vuelve así un concepto inclusivo hasta el punto de reconocer la presencia de fantasías inconscientes anteriores a la adquisición del lenguaje hablado y expresadas a través de canales somáticos. De esta manera se configura un punto de vista según el cual en un psiquismo que, aunque precario, opera desde el comienzo de la vida, reconoce objetos y trata de regular sus relaciones con ellos a partir de los significados que les asigna, tendríamos un ac-

ceso a sus contenidos a través del conocimiento de la fantasía inconsciente que podemos conjeturar a partir de *todas y cualesquiera* de sus producciones. Así, podríamos lícitamente sostener que las TSI expresan en su trama ciertas fantasías inconscientes que constituyen la realidad psíquica en cada momento dado, cuyo estudio adquiere relevancia porque dan cuenta, al mismo tiempo, del desarrollo de la sexualidad (haciéndose presentes en tal carácter en la transferencia) y del desarrollo cognitivo que podría pasar a considerarse como el inevitable y simultáneo correlato del accionar pulsional.

Siguiendo uno de los muchos caminos abiertos por Freud, se vuelven así especialmente importantes todos los estudios sobre las tempranas interacciones entre el niño y su medio, así como el desempeño de los objetos en el sentido de favorecer u obstaculizar la adquisición de conocimientos, cuestión que abordan tanto los psicólogos cognitivistas como los psicoanalistas volcados a alguna de las teorías de las relaciones objetales.

Salvando la brecha entre psicoanálisis y etología

Continuando con el estudio de las TSI desde la perspectiva de las relaciones objetales, retomamos la cita de Money-Kyrle (*vide supra*) no sólo por el poder sintético del enunciado, sino como homenaje a un autor mucho menos recordado y mencionado de lo que merece. Lo que se puede entender de su breve formulación es que las hipótesis psicoanalíticas y las etológicas no solo encuentran puntos de contacto, sino que los mismos pueden servir a los analistas para validar o refutar sus hipótesis. La obra de este autor está signada desde el comienzo por un sostenido interés en los procesos cognitivos a los que considera, así como a las relaciones objetales, presentes desde el comienzo de la vida en tanto producto del siempre presente componente cognitivo de la actividad pulsional. En tanto las hipótesis psicoanalíticas sean compatibles –o por lo menos no se opongan de modo insalvable– con las de los etólogos en general cuando tratan de describir y explicar la conducta animal, y con las leyes propuestas por Darwin en sus estudios sobre la evolución y la selección de las especies, cabría, en principio, sostener que el infante humano, al igual que los cachorros de otras especies, posee al nacer cierto equipo cognoscitivo innato de cuyas vicisitudes operativas dependerá su ulterior desarrollo cognitivo. La extensa producción de Money-Kyrle fue muy tenida en cuenta por Bion y, si bien no puede hablarse en sentido estricto de una colaboración, la lectura de sus respectivos trabajos da cuenta de la proximidad de sus ideas y de su mutua fecundación. Durante el tiempo que dedicó a analizarse en Viena con Freud, fue discípulo de Moritz Schlick, uno de los fundadores del Círculo de Viena, y tomó de él la idea de que el conocimiento consiste en el uso de la capacidad (innata) para reconocer algo (un objeto) como perteneciente a una clase. En dos de sus trabajos más recordados(24, 25) utiliza esta hipótesis junto con la teoría de Bion(2) sobre el desarrollo del pensamiento. La idea fuerte que Money-Kyrle introduce es la de postular la existencia de un conocimiento innato no de los objetos, sino de aquellas características reconocibles por el sujeto que le permiten ubicarlos en una clase. De esta manera –y sin tener que desconocer la inmadurez inicial del infante humano– éste vendría a quedar mejor incluido en una visión de nuestra especie más compatible con su pertenencia al reino animal y de algún modo sujeta a

las leyes generales de la evolución para las que cobra importancia la posesión de capacidades cognoscitivas tempranas. El autor citado expone en ambos artículos alguna opinión sobre este tema. Primero(24, p. 418) sostiene que “*si (las preconcepciones innatas) son el producto de alguna especie de memoria racial o de variación cerebral y selección quizá sea psicoanalíticamente irrelevante. Personalmente, pienso que son producto de la variación y la selección*”. Luego(24, p. 443) dice “*Nuestra ‘herencia filogenética’, entonces, contiene nociones de clase que no podemos imaginar, aunque podemos reconocer a sus miembros. Esta es la parte cognitiva de la respuesta innata que precede a la afectiva y la conativa. Puede suponerse que la variación y la selección hayan producido de este modo un inmenso caudal de información potencial, que posiblemente cobra existencia por etapas especialmente durante las primeras semanas o meses de la vida post natal sin contar lo que ocurre antes*”. (El subrayado es nuestro). Si bien seguir citando *in extenso* puede ser tentador, lo dicho parece suficiente para hacer notar la compatibilidad del enfoque biológico evolutivo con las teorías psicoanalíticas sobre el pensamiento humano que sostienen que el desarrollo cognitivo se basa en el reconocimiento de aquello que la herencia filogenética nos ha preparado para reconocer. Si este proceso falla por realizarse el encuentro de la preconcepción con un objeto “espurio”, se produce lo que Money-Kyrle llama “malentendido”, cosa que probablemente constituya la base de las distorsiones que encontramos en las TSI. Intentemos un resumen de lo tratado hasta ahora:

1. En el contexto de su visión ampliada de la sexualidad humana y del papel que desempeñan en la etiología de las neurosis, Freud colocó las TSI en perspectiva y les reconoció importancia desde por lo menos tres diferentes puntos de vista.

2. Las relaciones que por su parecido formal y por su comprensión metapsicológica tienen las TSI con otras formas de la vida de fantasía llevan a plantear el problema de las fantasías en general, concientes e inconscientes, y su participación en diversos productos psíquicos, incluso el pensamiento abstracto y las teorías científicas, lo que pondría de manifiesto el aspecto cognitivo de la actividad pulsional en general.

3. Consideramos la posibilidad de tomar el concepto kleiniano de fantasía inconsciente (expresión mental del instinto, contenido primario de los procesos mentales inconscientes) como denominador común, el hilo conductor que permite comprender toda la secuencia de las distintas producciones mentales, hasta llegar a las más sofisticadas.

4. El reconocimiento del aspecto cognitivo de la actividad pulsional requiere una reconsideración del papel de los objetos (según lo ya expuesto, su rol favorecedor o no de los más tempranos reconocimientos), un tema caro a las teorías psicoanalíticas sobre las relaciones objetales, que, no obstante, no terminan de ponerse de acuerdo sobre los primeros estadios de las mismas (narcisismo primario o relación de objeto). Debemos también tomar nota del cambio teórico involucrado en el pasaje desde la concepción de un impulso epistemofílico a la idea de componente cognoscitivo de *toda actividad pulsional*.

5. Las TSI pueden entonces considerarse parte de la sexualidad infantil, en parte concientes, en parte conteniendo trozos importantes de verdad. No puede desconocerse el papel defensivo (y al servicio del Principio de placer) que tienen ni su precaria estructura explicativa. Pero, siguiendo todo nuestro argumento, resalta su va-

lor epistemológico y su papel en el desarrollo del pensamiento, así como su pertenencia a la actividad creativa y teorizadora en general. Se replantea entonces el papel desempeñado por la información falsa o distorsionada que proveen los adultos frente a la hipótesis de un conocimiento innato que abarca los datos básicos de la biología y de la sexualidad, conocimiento que pasa a ser objeto de tendencias opuestas: saber y no saber (los vínculos K y -K descriptos por Bion). Este replanteo podría decirse que ha quedado explícito a través de una consideración más objetiva del valor asignado al esclarecimiento sexual de los niños por parte de los adultos.

6. La idea de que las fantasías inconscientes, salvo las primarias, solo lo son por haber sido oportunamente reprimidas, parece ceder terreno frente a las hipótesis expuestas y a la posibilidad de considerar el Inc. como un reservorio de pulsiones a las que desde siempre es intrínseco un componente cognoscitivo. Este modo de pensar, más acorde con las hipótesis etológicas, apunta a considerar las TSI como motorizadas espontáneamente desde el interior de una mente infantil “evolutivamente preparada para eso”. De su producción surge la posibilidad de concederles un valor epistémico de teoría “científica” en ciernes, definiendo así al niño como “un pequeño investigador”³. Sus teorías son precisamente eso, y se ponen de manifiesto con el grado de coherencia y adecuación a la realidad que supieron alcanzar en cada momento.

Considerando entonces así a las TSI como un caso muy particular de lo que son, en general, las teorías, puede resultar útil introducir algunas ideas de la epistemología genética propuestas por Jean Piaget y Rolando García(26).

Psicoanálisis y epistemología genética

Antes de seguir avanzando en este apartado, comenzaremos introduciendo dos preguntas que pueden parecer ingenuas. Primero, ¿Son en verdad teorías las TSI? Segundo, ¿Su carácter infantil radica en su contenido o en su estructura? Para contestar la primera puede ser útil recurrir a la opinión de un epistemólogo destacado como Gregorio Klimovsky(19, p.29) quien asigna al término varias acepciones. Todas ellas, sin embargo, refieren a una hipótesis o a un conjunto de las mismas, puede tratarse de una hipótesis inicial y de todas las que surgen a consecuencia de ella. Puede también tratarse del enunciado de regularidades empíricas o del enunciado de leyes que reflejarían la generalización de dichas regularidades. Siguiendo estas definiciones, las TSI podrían considerarse un caso más. En cuanto a su carácter infantil creo que podemos reconocerlo tanto en su armado interno como en sus contenidos. Se trataría de hipótesis y de generalizaciones de hipótesis basadas en el material empírico provisto por un lado por la propia observación y por otro por las explicaciones de los adultos.

Como puede advertirse se trata de un desarrollo cuyas características permiten su inclusión en el campo de estudio de la epistemología genética. Como lo hace notar Bleandonu(3, p.150, nota 1) se trata de una denominación que tanto cabe a la ya mencionada teoría de Bion como a los estudios de Jean Piaget, aunque, para explicar el hecho de que Bion no mencione a un autor que seguramente conocía, señala que se trata de enfoques y procedencias teóricas muy divergentes. Desde nuestra perspectiva, y sin desconocer las diferencias existentes, creemos

que ciertos aspectos de las investigaciones de Piaget pueden ser muy útiles. En particular nos referimos al libro escrito en colaboración con el argentino Rolando García en el que no sólo estudian la coherencia lógica interna de las teorías sino que establecen la existencia de analogías significativas entre la construcción del conocimiento a nivel individual y la historia del desarrollo científico en general. Interesa también destacar que conciben el desarrollo cognitivo constituido por etapas, no como sucesión lineal con un punto de llegada que destituye las etapas previas, sino como reorganizaciones sucesivas en las que los materiales existentes se “reflejan” e ingresan reformulados para formar parte de un nivel superior. Sostienen que “... para el sentido común el niño no inventa nada y recibe por educación todo lo que aprende. Sin embargo, la mejor prueba de la falsedad de esta tesis es el desarrollo espectacular que tiene lugar en el curso de los dieciocho primeros meses de vida, cuando el niño no habla todavía y sólo está provisto de un pequeño número de conductas: el progreso de su inteligencia y la construcción del espacio, de los objetos permanentes, de la causalidad, etc. atestiguan una sorprendente multiplicidad de invenciones y descubrimientos. Resulta de aquí que, *ya a partir de este periodo, se plantea el problema de saber si se trata de novedades sucesivas, de la ejecución de un programa hereditario, o aun de la actualización de posibilidades implícitas desde el comienzo en ciertas intuiciones sintéticas a priori.*” (26, p. 19-20) (El subrayado es nuestro). También dicen que no existen percepciones o experiencias “puras” sino que la lectura de la experiencia supone la aplicación de instrumentos cognoscitivos que la hacen posible.

Es conveniente aclarar que dadas las correspondencias que en este enfoque se establecen entre el nivel individual y el general, pueden surgir problemas cuando las vicisitudes del aprendizaje individual se confunden con la propuesta de una teoría científica que aspira a reclamar una validez general. Cuando esto ocurre, pueden esperarse dos consecuencias importantes en el psicoanálisis: una es la confusión intra teórica entre ciertos conceptos evolutivamente distorsionados sobre determinados hechos y los enunciados teóricos por parte del analista acerca de las “leyes” que supuestamente gobiernan dichos hechos, cosa que a veces se hace visible en las generalizaciones de los contenidos de algunas TSI. La otra –cabe llamarla inter teórica– puede darse en el nivel clínico, cuando las interpretaciones de las teorías que el paciente desarrolla en la transferencia, se topan con las teorías que constituyen el marco de referencia del analista. Hasta ahora, las TSI han sido estudiadas como generadoras y a la vez expresiones de alguna patología. Pero su valor “teórico”, o dicho en otras palabras, su condición de teorías (a ser refutadas), pasos hacia un conocimiento más acorde a la realidad, no ha sido a mi modo de ver suficientemente subrayada en la teoría psicoanalítica.

Creemos haber mostrado someramente hasta aquí los puntos de contacto entre ciertas hipótesis psicoanalíticas y las de la epistemología genética de Piaget y García, incluso la posibilidad de considerar el desarrollo cognitivo como dependiendo en cierta medida de la existencia de un programa heredado (opinión que como vimos también sostiene Money-Kyrle).

Nos detendremos, ahora, en el problema de los contextos de descubrimiento y de justificación, que desde su perspectiva genética Piaget y García desarrollan extensamente en el capítulo IX de su libro, y sobre el que se también se ocupa en un trabajo reciente Jorge Canestri(5)⁴.

Para explicar nuestro punto de vista a este respecto es necesario recordar que la pretensión de postular una neta separación entre ambos contextos choca con el conocimiento y la experiencia psicoanalíticos. Vale la pena recordar una frase de Didier Anzieu: “*La interpretación formulada por el psicoanalista es un proceso secundario infiltrado por el proceso primario y que el paciente entiende [...], igualmente, en este doble nivel*” (1, p.255). Anzieu se oponía por igual, a la existencia de un área psíquica autónoma, no conflictiva, de la que emanaría (y a la que se dirigiría) la interpretación, y “*a una concepción de la práctica psicoanalítica que estaría en el límite de un psicoanálisis sin interpretación*” (refiriéndose al análisis de cuño lacaniano). Me interesa destacar el doble nivel simultáneo y su mutua infiltración porque permite decir lo siguiente: si ésta es la forma en que opera de continuo la mente humana, va de suyo que cualquiera de sus producciones deberá reflejarla en mayor o menor medida. Un somero recorrido de la literatura psicoanalítica disponible permite constatar que la opinión transcrita no constituye de ningún modo una opinión solitaria. En realidad, ya bastante antes Money-Kyrle(23, p.324) había introducido un punto de vista parecido al sostener que “*el instinto principalmente crea nuestro primer mundo que sobrevive en el inconsciente, y que el mundo del sentido común se desarrolla a partir de él bajo la influencia de la experiencia de unos pocos meses*” (El subrayado es nuestro). Pero, si se trata de la relación entre el “sentido común”, la ausencia del mismo en los procesos inconscientes y la coexistencia de ambos, es de estricta justicia citar la extensa obra de Matte-Blanco (1975-1988) quien se refiere a la misma definiéndola como la “*antinomía fundamental*” (22, p.70 etc.). Para tener una mínima idea de hacia donde se orienta el pensamiento de este autor conviene extraer de su texto(p.97) la cita que hace de un diálogo entre Einstein y el matemático francés Hadamard, interesado en la psicología de la invención en el campo de las matemáticas, donde el primero sostiene que “*El deseo de llegar finalmente a conceptos lógicamente relacionados es la base emocional de este juego bastante vago*”. En su comentario, Matte dice que “*podemos también sostener que el inconsciente, que tan poco respeta las leyes del pensamiento lógico, es no obstante el padre del pensamiento lógico*”(loc. cit., 98)⁵.

En definitiva, y para volver a lo que consideramos central en este trabajo, distintas fuentes psicoanalíticas muestran en su producción el inevitable tendido de puentes entre las condiciones psicológicas en que se construye una teoría y su consistencia lógica interna. Si volviéramos a un enfoque exclusivamente freudiano podríamos decir que el funcionamiento inconsciente, al servicio del Principio de placer, posiblemente pesa más en el contexto de descubrimiento. Ya Freud en el *Proyecto*, cuando diferencia distintos tipos de errores de juicio, los atribuye a intensas facilitaciones de catexias de ciertos grupos de neuronas. Consecuentemente, el funcionamiento de los sistemas Pc.-Cc puede pensarse más ligado por el tipo de lógica que admiten al contexto de justificación. Canestri, en su ya mencionado trabajo, dice, siguiendo a Lakatos, que “*Popper, que echó las bases de esta (falible) lógica del descubrimiento, no se ocupó de la meta-cuestión de la naturaleza de esta investigación y no se dio cuenta de que no se trata de psicología ni de lógica, sino de una disciplina independiente, la lógica del descubrimiento, la heurística*”. Demos entonces ahora la palabra a los epistemólogos.

Klimovsky(loc. cit., 29) sostiene que “*La frontera entre los dos contextos no es nítida ni legítima, pues ha-*

bría estrechas conexiones entre el problema de la justificación de una teoría (y de sus cualidades lógicas) y la manera en que se la ha construido en la oportunidad en que ella surgió." (El subrayado es nuestro) Un ejemplo claro aunque no el único, y muy cercano a la materia de este trabajo, de la existencia de este tipo de conexiones y de sus consecuencias sobre el producto final puede encontrarse en la revisión que hace Etchegoyen(7) del caso Juanito. En la misma, el autor repasa el historial minuciosamente y encuentra una sostenida omisión por parte de Freud de ciertos datos en el material del paciente que hubieran permitido reconocer que el niño, efectivamente, tenía un cierto conocimiento del genital femenino con sus características propias. Puede suponerse que de no haber existido dicha omisión la teoría de la fase falica tendría que haberse planteado de otro modo.

Volvamos al libro de Piaget y García, y a la importancia que asignan al modo de uso de los instrumentos cognoscitivos disponibles para la lectura de la realidad (un punto de vista bastante compatible con la teoría de la identificación proyectiva). Allí(p. 243) y después de un extenso estudio y contrastación de las opiniones de Popper, Lakatos, Kuhn, y Feyerabend, entre otros autores, dicen: "Los neopositivistas adoptaron una posición *a priori* sobre la irrelevancia del proceso de descubrimiento para lo que ellos consideraron como el objetivo fundamental de la filosofía de la ciencia: justificar la validez del conocimiento científico. *En flagrante contradicción interna, no buscaron ninguna base empírica para sus afirmaciones, adoptadas como dogmas*" (El subrayado es nuestro). Esta última afirmación que subraya fuertemente el enfoque de la epistemología genética, alcanza muy especialmente a Popper(27), que pretendía con la separación de ambos contextos "acabar con todo psicologismo" para dedicarse, exclusivamente, a la lógica interna de las teorías. Ahora bien, existen argumentos fuertes contra la pretensión de negar toda conexión entre ambos contextos, pero tropezamos con la dificultad de que quienes adoptan esta postura *lo hacen esgrimiendo argumentos "lógicos"* que para nada necesitan tomar en cuenta las condiciones y "la manera en que se la ha construido [la teoría] en la oportunidad en que ella surgió." Pero puede decirse que esa manera y esa oportunidad no son otra cosa para los psicoanalistas que una expresión de la subjetividad del autor de las teorías y de su incidencia en el acto creativo. ¿Cómo podemos, entonces, intentar acercar los que parecen ser puntos de vista epistemológicos irreductiblemente opuestos? Quizás haciendo notar que nadie en su sano juicio intentaría justificar lógicamente una teoría tan solo basándose en la "manera" o en la "oportunidad" de su creación, pero que tampoco puede descartarse sin pruebas suficientes el impacto que las mismas pueden tener en la estructura lógica del producto final. Consideramos, entonces, que es una tarea posible (aunque difícil) de los psicoanalistas la de contribuir a una mejor solución de este problema y, desde la perspectiva del tema de este trabajo podríamos decir que disponemos de un enorme capital de datos empíricos y teorías con las cuales abordarlas (muy especialmente las TSI).

Recordemos lo dicho hasta ahora: las TSI están operativas en el fenómeno transferencial y su armado "teórico" permite una clara visión de las relaciones entre ambos contextos, esto es entre su lógica interna y las condiciones (psicológicas) de su producción. Recordemos también que habíamos visto la posibilidad de con-

siderar los dichos del paciente y las interpretaciones del analista como sendos enunciados teóricos, ambos expresando en distinta medida en su formulación la manera y la oportunidad en que se produjeron, cosa que, en definitiva, no constituye sino el interjuego transferencia-contratransferencia. Etchegoyen(6, p.637) al referirse al modo en que ambas teorías se contrastan en la sesión analítica para que una de ellas sea refutada, sostiene que el *insight* ostensivo del paciente se produce precisamente cuando percibe que su propia teoría no ha podido superar la prueba de su refutación⁶.

Se nos plantean entonces dos preguntas inquietantes: ¿Podremos responder a las exigencias de esta tarea? Y la otra: ¿Seremos capaces de aplicar este enfoque a nuestras propias teorías?

Discusión y conclusiones

En lo que respecta a la primera pregunta consideramos que se trata de una de las varias responsabilidades que tenemos frente a la comunidad científica: somos los propios psicoanalistas quienes podemos proporcionar los datos y los conocimientos necesarios para un replanteo más fructífero de lo que es una innecesaria confrontación de posturas epistemológicas. Y decimos varias porque tenemos otras parecidas en la intersección con otras disciplinas. No es menor el interés que despierta la posibilidad de un trabajo interdisciplinario sobre la construcción de las teorías científicas. El intento de hacernos escuchar en campos alejados del específicamente nuestro es difícil, pero podría llegar algún momento en que el esfuerzo se vea compensado y se renueven los conceptos freudianos sobre el "múltiple interés del psicoanálisis"(17).

En lo que respecta a la segunda, pienso que también se trata de una deuda de los analistas, pero esta vez con nosotros mismos. El esfuerzo por aclarar y refinar nuestro lenguaje teórico y la consistencia interna de nuestras teorías, así como su consecuente empleo como base en la clínica, no puede sino ir unido al estudio de las condiciones psicológicas en que las teorías (psicoanalíticas) se generan en la mente. No otra cosa puede deducirse de la opinión expresada por Freud (1910) cuando señalaba al estudio de la contratransferencia como uno de los caminos del futuro desarrollo de la ciencia psicoanalítica, porque ¿Qué otra cosa podemos decir de la contratransferencia sino que se trata precisamente del estado emocional y psicológico del analista, que solo dejará de perturbarlo en su tarea interpretativa cuando logre pensarlo verbalmente en términos lógicos e integrarlo en su "teoría" sobre los hechos clínicos registrables en la situación analítica?

En la Argentina, David Liberman sostenía que antes de volcarnos a las teorías del más alto nivel de abstracción sería prudente empezar por aquellas que están más a nuestro alcance cerca de la base empírica, cuando trabajamos "bajo fuego" en la sesión, puesto que en esa forma podemos contrastarlas una y otra vez para luego examinarlas en detalle cuando estamos en el intervalo entre sesiones. Su tarea quedó lamentablemente trunca por su prematura desaparición. Uno de sus discípulos se dedicó durante mucho tiempo con un grupo de colaboradores a estudiar sesiones analíticas anónimas, para tratar de establecer el tipo de relación existente entre las formulaciones del ana-

lista y la teoría (psicoanalítica) presumible que podría sustentarlas. El esfuerzo que actualmente realiza en el mismo sentido un grupo de trabajo perteneciente a la Federación Psicoanalítica Europea no hace sino subrayar el hecho de la existencia de inquietudes y necesidades teóricas y prácticas paralelas, casi simultáneas y en distintas latitudes, cosa que afirma la vitalidad de nuestra disciplina y la razonable esperanza de poder avanzar en nuestra tarea. En suma, los estudios psicoanalíticos sobre el desarrollo y la complejización

del pensamiento humano –que incluye necesariamente las TSI– atañen por igual al psicoanálisis y a cualquier psicoterapia que se pretenda científica no solo por su contribución a un mejor conocimiento del funcionamiento mental y sus productos sino porque provee de instrumentos más precisos para validar o refutar las hipótesis con las que trabajamos. Pero, además, nos permiten asumir de pleno derecho nuestro papel de interlocutores y colaboradores creíbles en la comunidad científica toda ■

Referencias bibliográficas

- Anzieu, D. Dificultad de un estudio psicoanalítico sobre la interpretación. *Revista de Psicoanálisis*, 1972, XXIX,2
- Bion, WR. *Learning from experience*. Heinemann, London, 1962
- Bleandou G, Wilfred R.. *Bion, La vie et l'oeuvre*. Dunod, Paris, 1990
- Bott Spillius E., Freud and Klein on the concept of phantasy. *Int J. Psychoan*, 2001,82,2
- Canestri J., *The logic of psychoanalytic research*, 2002. Inédito.
- Etchegoyen RH., *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Amorrortu, Buenos Aires, 1986
- Etchegoyen RH., The analysis of Little Hans and the theory of sexuality, *Int Rev Psycho-Anal*, XV, 37
- Etchegoyen RH, y Ahumada JL., Bateson y Matte-Blanco: biológica y bi-lógica. En: *Descubrimientos y refutaciones*. Biblioteca Nueva, Madrid, 1999
- Freud S., Project for a Scientific Psychology, Vol. I *The Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. The Hogarth Press, London, 1966.
- Freud S., Three Essays on the Theory of Sexuality, Vol.VII. *The Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. The Hogarth Press, London, 1966
- Freud S., On the Sexual Theories of Children, Vol. IX *The Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. The Hogarth Press, London, 1966.
- Freud S., Hysterical Phantasies and their Relationship to Bisexuality, Vol.IX. *The Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. The Hogarth Press, London 1966.
- Freud S., Analysis of a Phobia in a Five Year Old Boy, Vol. X *The Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. The Hogarth Press, London, 1966.
- Freud S., Leonardo da Vinci and a Memory of his Childhood, Vol. XI *The Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. The Hogarth Press, London, 1966.
- Freud S., The Future prospects of Psychoanalytic Therapy, Vol XI. *The Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. The Hogarth Press, London 1966.
- Freud S., Formulations on the Two Principles of Mental Functioning, Vol. XII. En *The Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. The Hogarth Press, London, 1966.
- Freud S., The Claims of Psycho-Analysis to Scientific Interest, Vol. XIII. *The Complete Psychological works of Sigmund Freud*. The Hogarth Press, London 1966.
- Isaacs S., Naturaleza y Función de la Fantasía. En: *Desarrollos en Psicoanálisis*, Buenos Aires, Horme, 1962
- Klimovsky G., *Las desventuras del pensamiento científico*. A-Z, Buenos Aires, 1994
- Laplanche J. & Pontalis J., *Diccionario de Psicoanálisis*. Labor, Barcelona 1971
- Laplanche J. & Pontalis J., "Fantasía originaria", "Fantasía de los orígenes", "Orígenes de la Fantasía". En *El Inconsciente freudiano y el psicoanálisis francés contemporáneo*. Nueva Vi-
- sión, Buenos Aires, 1984
- Matte-Blanco I., *Thinking, Feeling, Being*. Routledge, London, 1988
- Money-Kyrle R., The world of the unconscious and the world of common sense (1956). En: *The collected papers of Roger Money-Kyrle*, Clunie Press, Perthshire, 1978 [Versión castellana en *Revista de Psicoanálisis*, XVII, 4]
- Money-Kyrle R., Cognitive development, (1968). En: *The collected papers of Roger Money-Kyrle*, Clunie Press, Perthshire, 1978 [Versión castellana en *Revista de Psicoanálisis* XXX, 1]
- Money-Kyrle R., The aim of psychoanalysis (1971). En: *The collected papers of Roger Money-Kyrle*, Clunie Press, Perthshire, 1978
- Piaget J, y García R., *Psicogénesis e Historia de la Ciencia*. Siglo XXI, México, 1982
- Popper K., *Lógica de la investigación científica*. Tecnos, Buenos Aires, 1962
- Robert M., *Roman des origines et origines du roman*. Gallimard, Paris, 1990
- Sánchez Grillo M del R., *Las teorías sexuales infantiles: consecuencias de las diferencias y semejanzas anatómicas entre los sexos*. Presentado en ApdeBA (2001)
- Zysman S., *Theories Sexuelles Infantiles et Sexualite Enfantine*, *Psychiatrie de l'enfant*, 1998, XLI, 2

Notas

- Vease: "Erna y Melanie Klein", presentado en colaboración con Etchegoyen, T. de Bianchedi, Nemas de Urman y Ungar de Moreno en el Congreso de la API en Santiago de Chile, 1999. En el apartado: "Erna y el Hombre de los Lobos" se hace referencia al concepto de après-coup, y de la influencia que pudo tener sobre Freud su controversia con Jung en la implementación de este concepto.
- Freud mismo ya lo había advertido (Cf. cita p. 2).
- Freud (13, Cap.11, nota 3) utiliza una denominación parecida ("young enquirers") cuando habla de los niños que al referirse a sus hermanitas sostienen que les crecerá el pene cuando sean grandes. Sin embargo, creemos que nosotros utilizamos esta expresión con otros alcances.
- La introducción de una diferenciación entre ambos contextos se debe a Hans Reichenbach ("Experience and prediction") y de una u otra forma es retomada y discutida por la mayoría de los epistemólogos, de los que quizá sea Popper quien más ha insistido en la conveniencia de separarlos y privilegiar el de justificación.
- En la Argentina quienes han estudiado con mayor detenimiento y profundidad la obra de Matte-Blanco son Etchegoyen y Ahumada(8).
- Un trabajo reciente (29) de Sánchez Grillo permite reconocer la existencia de este tipo de momentos privilegiados y los cambios a que da lugar en el análisis de un niño de 6 años.
- Ver: Lancelle et al. (1990) Psicoanálisis, XII,I,83.



La ilusión de una clasificación psiquiátrica*

Por Henri F. Ellenberger

Henri Ellenberger (1905-1993) ocupa un lugar aparte en la historiografía del psicoanálisis y de la psiquiatría dinámica de la cual fue un pionero. Autor de la monumental Historia del descubrimiento del inconsciente y de múltiples otros trabajos que testimonian de su apasionado interés por las enfermedades del alma, y las diversas terapéuticas para curarlas desde la Antigüedad hasta los métodos del psicoanálisis moderno, Ellenberger –quien optó por la Daseinanalyse– asimiló la doctrina freudiana, en línea con el pensamiento de Ricœur, a una hermeneútica. En el artículo que reproducimos a continuación el gran psiquiatra suizo desarrolla un sesgo crítico en relación a los límites y dificultades para la concepción de las nosografías psiquiátricas.

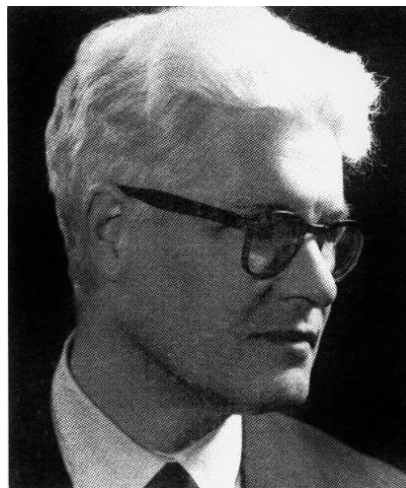
El objetivo de este artículo no es cuestionar los méritos de las clasificaciones de las enfermedades mentales, y menos aún proponer una clasificación nueva. Lo único que aquí se persigue es llamar la atención acerca de un punto que parece haber sido obviado por los autores de las nosologías psiquiátricas.

Una metodología no sólo debe establecer un sistema de reglas que sirvan para alcanzar el objetivo deseado, sino también indicar los errores que hay que evitar. Cuando los Griegos de la antigüedad formularon las reglas fundamentales de la lógica, también se preocuparon por definir las distintas variedades de sofismas. Del mismo modo, Francis Bacon enunció los principios de la investigación científica y luego describió los “ídolos” que el estudioso

debe evitar (prejuicios, tradiciones aceptadas ciegamente, prestigio de ciertas palabras, etc.). Si bien Descartes insistió sobre todo en las “directivas para la conducta de la mente”, más tarde Spinoza redactó un tratado sobre la “purificación del entendimiento”. Hasta aquí, se trataba sobre todo de errores de orden intelectual. Las investigaciones de Bachelard¹ sobre el papel perturbador de los factores afectivos e inconscientes en la investigación científica introdujeron un nuevo aspecto del mismo problema.

Aquí trataremos el problema de las clasificaciones psiquiátricas desde este nuevo punto de vista. ¿Cuáles son los factores irracionales, las motivaciones inconscientes, que pueden interferir en la elección y la elaboración de estas clasificaciones?

Antes de entrar de lleno en el tema, sería conveniente hacer un breve resumen del problema general de las nosologías psiquiátricas².



* *L'Evolution psychiatrique*, vol. 28, N°.2, 1963, p. 221-242. Publicado en MLM y BU.

El problema general de las nosologías

La mayoría de las nosologías psiquiátricas contemporáneas se basan, de manera más o menos tácita, en la idea de que las enfermedades mentales constituyen entidades específicas que pueden ser agrupadas en una clasificación natural, similar a las que se utilizan en botánica y en zoología. En otras palabras, se hace extensivo al ámbito de la psiquiatría el principio de especificidad, del cual Trousseau decía que “domina toda la medicina”, y que ha dado buenos resultados, en particular en el área de las enfermedades infecciosas. El descubrimiento de la parálisis general, en 1822, fue vivido como una demostración irrefutable de la validez de este principio en psiquiatría. A partir de ese momento, la mayoría de los autores pareció admitir que las dificultades de la clasificación psiquiátrica provenían ya sea de una delimitación imperfecta de las “entidades nosológicas”, ya de una elección equivocada del criterio general de clasificación. El día en que pudieran eliminarse estas dos causas de error, surgiría una clasificación óptima sobre la que todos estarían de acuerdo, más o menos como sucedió en el ámbito de la botánica y de la zoología.

En realidad, siempre hubo opiniones divergentes que fueron afirmándose cada vez más durante los últimos diez o veinte años. Algunos autores afirman que las enfermedades mentales no son clasificables. Otros admiten que puedan serlo, pero con la condición de elaborar una clasificación artificial. Para resolver el problema nosológico, habría que comenzar entonces por elegir entre tres soluciones posibles (sin contar las soluciones intermedias): clasificación natural – clasificación artificial – ninguna clasificación.

Se podría ilustrar el problema mediante una comparación. Imaginemos tres cajas con cien bolitas cada una.

– La primera caja contendrá bolitas de tres colores distintos: blancas, rojas y verdes. Las bolitas blancas serán todas de igual tamaño, pesarán exactamente lo mismo cada una y estarán hechas con la misma sustancia. Las rojas serán idénticas entre sí, pero diferirán de las blancas y de las verdes por su tamaño, peso y sustancia. Las verdes, por su parte, también serán idénticas entre sí, pero diferirán de las blancas y de las rojas en todas las demás características. Será sencillo clasificar a todas estas bolitas en tres grupos: dentro de cada grupo serán idénticas, pero cada grupo se distinguirá de los otros dos por el conjunto de sus características, como sucede con las especies dentro de una clasificación natural.

– La segunda caja contendrá también cien bolitas, pero éstas serán todas blancas. Cada una de ellas será idéntica a las demás en todo aspecto, salvo en el peso, que será ligeramente diferente del peso de todas las demás. Es obvio que no se podrá clasificar a estas bolitas, sino sólo constituir una serie por orden de peso, ordenándolas según una serie continua desde la más liviana hasta la más pesada.

– En cuanto a la tercera caja, aquí las cien bolitas variarán de color, tamaño, peso y sustancia, sin que estas variaciones obedezcan a una regla precisa. Si se quiere, se las podrá clasificar por orden de color, o de peso, o de tamaño, o de sustancia, pero estas clasificaciones nunca coincidirán entre sí. Por ende, nunca se podrá realizar una clasificación natural, ni una seriación, sino sólo una clasificación artificial.

Volviendo a la psiquiatría, vemos que el nosologista debe comenzar por elegir entre tres tipos fundamentales de solución, según sus ideas sobre la naturaleza de las enfermedades mentales.

La primera solución, la de las clasificaciones naturales, no es nueva, ya Galeno la mencionaba al referirse a un médico de Atenas, Mnesiteo, por quien sentía gran respeto: “Mnesiteo creía que había que empezar por las clases más generales, para establecer sucesivamente especies, géneros, variedades. Después de estas divisiones, se harán otras, y luego otras, hasta que por fin se llegue a obtener una unidad indivisible³”. Pero fue en el siglo XIX cuando abundaron estas clasificaciones. El esfuerzo de sus autores consistió en aislar entidades mórbidas específicas, luego hallar un criterio de clasificación basado ya sea en las características clínicas, ya en la etiología, o también en cualquier otro principio.

La segunda solución es la de los autores que proclaman, siguiendo a Heinrich Neumann, que hay que tirar por la borda todas las clasificaciones psiquiátricas⁴. Así es, agregan estos autores, “no hay enfermedades mentales, sólo hay enfermos”. Para orientarse dentro de la multiplicidad de los casos clínicos, se ordenarán los casos individuales en una serie continua. El problema entonces será hallar un principio de seriación capaz de prestar el mismo servicio que una clasificación. Bartolomé Llopis⁵, en España, adopta un *continuum* basado en la fenomenología de los estados de conciencia, que van muy gradualmente desde la conciencia más clara hasta la conciencia más oscurecida. Karl Menninger⁶, en los EE.UU., emplea un *continuum* definido según los grados de desorganización del Yo bajo el efecto de un estrés progresivamente creciente. Este procedimiento implica una noción del Yo concebido como un sistema homeostático, y una teoría según la cual el trastorno psíquico es función de la intensidad del estrés.

La tercera solución es la de los autores que rechazan a la vez la clasificación natural y la seriación. Sólo les cabe elaborar una clasificación artificial. Entre éstas, las más frecuentes se basan en métodos estadísticos.

Supongamos que se estudia cierta cantidad de enfermos en quienes se buscan los síntomas a, b, c, d, e, f, y g. En varios de ellos se encontrará una constelación caracterizada por los síntomas a, b, y c en un grado intermedio, d por encima de la media, e por debajo de la media, con ausencia de f y g. Estos casos se reunirán en la categoría I, y todos aquellos que resultaran distintos de estos, aunque más no fuera en una sola característica, serán ubicados en la categoría II. Esta categoría, a su vez, será sometida a un análisis del mismo tipo y así. Un intento realizado por Seguin y sus colaboradores fue objeto de una comunicación preliminar en el congreso de Montreal en 1961⁷. Tras examinar a 1000 enfermos mentales tomados al azar, los autores identificaron 530 síntomas distintos y analizaron su distribución por medio de calculadoras electrónicas. Los enfermos que sólo presentaban 1 ó 2 síntomas fueron eliminados. Se estableció una lista de los 7 síntomas predominantes. El problema consistía en enumerar los posibles grupos de 7, 6, 5, 4 ó 3 síntomas (había 99), y en ver cómo se distribuían los enfermos estadísticamente en cada uno de estos 99 grupos. En definitiva, se hallaron 9

grupos estadísticamente significativos y dignos de ser llamados “cuadros clínicos”.

Aparte de las clasificaciones naturales, las clasificaciones artificiales y las nosologías de los anticlasificadores, existen sistemas intermedios –como el famoso de Henri Ey– sobre los que no podemos detenernos aquí. El objetivo de nuestro artículo no es intervenir en el fondo de la discusión nosológica psiquiátrica, sino hallar las causas de error a las que a veces se exponen los nosologistas, y más particularmente, los clasificadores.

El análisis de más de un centenar de sistemas nosológicos psiquiátricos nos ha mostrado la posible influencia de tres tipos de causas de error. A veces se trata de una concepción incompleta de la naturaleza y del papel de una clasificación determinada. A veces, de la proyección de un esquema inconsciente que le atribuye un marco a la clasificación. A veces, también, el clasificador se deja influir por motivaciones personales afectivas e inconscientes.

Clasificaciones imperfectas: pragmatistas e idealistas

La primera variedad de causas de error es consecuencia de una orientación demasiado centrada en el aspecto concreto o el aspecto abstracto de las clasificaciones.

El proceso de la clasificación pertenece al tipo de operaciones que Janet llamara de las “conductas dobles”. Este accionar consiste en coordinar una serie doble de operaciones, unas concretas y otras abstractas. La lengua francesa define con claridad la operación concreta del *classement* y la operación abstracta de la *classification* propiamente dicha. La segunda (*classification*) es el plan según el cual se realizará el primero (*classement*); este último es el trabajo material que, si no fuera guiado por un plan clasificatorio, sólo sería una selección más o menos grosera⁸.

A veces sucede que el nosologista se limita a una de estas dos operaciones, o hace demasiado hincapié en una de ellas. De esto resultarán dos tipos de error que, a falta de términos más adecuados, llamaremos la “ilusión pragmatista” y la “ilusión idealista”.

La ilusión pragmatista es la de los nosologistas que pretenden reducir la clasificación a una operación de una utilidad práctica inmediata; el resto les parece superfluo. Un ejemplo de esto es la clasificación de Daquin⁹, quien a fines del siglo XVIII clasificaba a los alienados en seis grupos:

- 1) *Locos furiosos* (o “locos de atar”).
- 2) *Locos tranquilos* (deben estar encerrados pero no atados).
- 3) *Extravagantes* (requieren vigilancia permanente).
- 4) *Insensatos* (de comportamiento imprevisible).
- 5) *Imbéciles* (deben ser tratados como niños).
- 6) *Locos en demencia* (requieren atención física).

Otro ejemplo: la clasificación del jurista inglés Coke¹⁰, quien distinguía cuatro grupos de sujetos anormales:

- 1) *Idiotas (fools natural)*, irresponsables de nacimiento.
- 2) *Alienados (insane)*, normales en el pasado, pero que perdieron el juicio.

3) *Lunáticos (lunatics)*, pierden la razón en forma intermitente.

4) Individuos normales que, durante un breve episodio, perdieron momentáneamente la razón (por ejemplo, durante un episodio de ebriedad).

En realidad, las “clasificaciones” de este tipo no son más que sistemas de clasificación (*classement*) sumarios, destinados a responder a una necesidad inmediata y definida. El director del asilo, por ejemplo, quiere decidir con rapidez en qué sector debe ubicar a un nuevo enfermo. El magistrado querrá disponer de un medio práctico para orientarse en la apreciación de la responsabilidad de un detenido que puede estar sufriendo trastornos psíquicos, sin preocuparse por establecer un diagnóstico médico en el cual tal vez ni crea.

Es probable que con una forma menos simplista, las clasificaciones de este tipo hayan tenido un papel de cierta importancia en la historia de la nosología psiquiátrica. La segunda clasificación de Pinel (“manía”, “melancolía”, “demencia”, “idiotismo”), aún más sumaria que la de Daquin, unía un aspecto utilitario preciso a una terminología de carácter tradicional.

La ilusión idealista representa lo contrario de la anterior. Los nosologistas que fueron víctimas de ella rempazan la clasificación real por la “idea” de la clasificación, o mejor dicho, reducen la operación de la clasificación a su parte abstracta. Nada más sencillo que construir una clasificación haciendo abstracción de la existencia de los hechos por clasificar. Las mitologías de la India y de Grecia nos ofrecen un ejemplo de estas jerarquías donde los dioses, los semi-dioses, los héroes, titanes, ninfas, monstruos, dragones y otros seres fabulosos eran cuidadosamente clasificados por géneros y especies. Por desgracia, algunos autores de nosologías psiquiátricas terminaron haciendo lo mismo.

Algunos de ellos se dieron a la tarea de sintetizar todas las doctrinas de sus antecesores. Robert Burton, el famoso autor de la *Anatomía de la melancolía*¹¹, no era médico, pero había leído casi todas las obras médicas y literarias conocidas de su época. El término “melancolía” tenía entonces un sentido muy vago y se aplicaba a todas las variedades de afecciones mentales y de caracteres anormales. Por lo tanto, había que dividir y subdividir la melancolía en innumerables variedades. Burton declara que esta clasificación es “un laberinto de incertidumbres y de errores”. Sin embargo, se propone establecerla conciliando todas las opiniones de todos los autores. El resultado fue un sistema heteroclito y una obra densa, salvada del olvido sólo por sus méritos literarios.

Otros autores, haciendo tabla rasa de la experiencia de sus antecesores, erigieron nosologías psiquiátricas a priori. Kant, que no tenía experiencia alguna sobre las enfermedades mentales, describió sus diversas formas, que creyó poder deducir de las funciones normales de la mente. Fue así como publicó, como apéndice a su *Antropología*¹², una clasificación de las afecciones mentales sobre la que podemos decir, como mínimo, que peca de exceso de abstracción.

Las ilusiones pragmáticas e idealistas pertenecen a las causas de error que Bacon llamaba “ídolos de la caverna”, es decir, las ilusiones que se derivan de la óptica personal del autor. Por un lado, el médico absorto

en su trabajo clínico y administrativo, no ve el interés de la teoría. Por el otro, el pensador abstracto, que ha perdido el contacto vivo con los hechos. ¿Acaso el capítulo más legible de la *Anatomía de la melancolía* no es aquel en el que Burton nos describe los sufrimientos de la “*scholar’s melancholy*”, la “melancolía del hombre estudioso”, que él mismo padecía?

Proyección de esquemas intelectuales

Otro grupo de causas de error resulta de la existencia, en la mente del clasificador, de esquemas intelectuales que éste suele proyectar sin darse cuenta, de manera que ejercen una influencia importante en la forma y el contenido de sus concepciones nosológicas. Es el caso de las ilusiones numérica, lingüística, sociocéntrica, y las que se asocian a modos intelectuales contemporáneos.

La ilusión numérica. A menudo se ha observado que hay individuos que tienen una predilección, consciente o no, por tal o cual número o sistema de números. Estos individuos tienden a clasificar todo por 2, por 3, por 4 o por cualquier otro número. Théodore Flournoy mostró que si se les pide a los sujetos que escriban al azar, en un lapso determinado, la mayor cantidad posible de cifras (de 1 a 9), inmediatamente se manifiestan grandes diferencias individuales. “Cada individuo posee, en general sin saberlo, una preferencia o una aversión marcada por ciertas cifras. Estas idiosincrasias son permanentes y volvieron a hallarse con cuatro años de intervalo¹³”. Las preferencias más frecuentes atañen a los números 3, 5 y 7. Ignoramos si el “número preferido” puesto de manifiesto por los métodos experimentales es el mismo que el que ejerce tanta influencia en las concepciones teóricas de ciertos autores.

El número 2 fue exaltado por los románticos alemanes con la forma de las “polaridades” o parejas de nociones antagonistas y complementarias. En este aspecto, Freud se les asemejaba. Jones asegura que “toda especie de pluralismo le era completamente ajena¹⁴”. La vida mental, según Freud, estaba dominada por polaridades como la de sujeto-objeto, placer-displacer, actividad-pasividad, libido-instintos del yo; más tarde Eros-Tánatos. Algunos autores decían en son de broma que Freud sólo sabía contar hasta 2.

Otros autores tienden a emplear un sistema binario, cuyos términos se dividen a su vez en 2, luego en 4, y así. Balint observa que, en el sistema de Szondi, todo se divide por 2 y por múltiplos de 2, pero nada por 3 ó 5. Szondi distingue así 2 clases de reacciones subdivididas en 4 formas, hay 4 vectores, 8 factores, 16 clases pulsionales, etc.¹⁵.

En la doctrina de Galeno, todo era por 4. Había 4 cualidades físicas, 4 materias, 4 elementos, 4 humores, 4 grados, 4 funciones naturales, 4 edades de la vida, etc.

Una variedad particular de “cuatromanía” es aquella donde el número 4 es representado por un cuadrado cuyos lados constituyen dos pares de “polaridades”. Así sucedía en el sistema de los 4 humores de Jean Fernel y, hoy en día, el sistema de las funciones psicológicas de Jung es otro ejemplo de esto mismo.

Los sistemas ternarios ocuparon un lugar de privi-

legio en varias áreas del pensamiento. Denys l’Aréopagite, en su tratado *De la jerarquía celeste*, dividía a los ángeles en tres órdenes, cada uno de los cuales se subdividía en tres clases, de manera que en total había 9 clases. La *Divina Comedia* de Dante es otro buen ejemplo de estructura ternaria. Las clasificaciones psiquiátricas ternarias eran frecuentes en Alemania a comienzos del siglo XIX. La más famosa fue la de Heinroth¹⁶.

Pero “el número preferido” no es sólo un fenómeno individual. También existe en el plano colectivo, ya sea como número sagrado o cargado de un significado mágico, ya sea simplemente como número habitual que sirve de base para las numeraciones y las clasificaciones. Sabido es cuán importante era el número 7 para los babilónicos (nuestra semana de 7 días es un vestigio de esto). Para los indígenas de Norteamérica, el número 4 era de gran importancia. Los etnólogos han reunido abundante documentación sobre el tema¹⁷. Nos limitaremos a señalar el uso del número 10 en los quipus de los Incas¹⁸. No hay duda alguna de que esas cuerdas, usadas para realizar cuentas extremadamente complejas, se basaban en un sistema de clasificación decimal. Es éste un ejemplo de clasificación artificial perfectamente racional, comparable a la clasificación decimal universal, inventada por el bibliotecario norteamericano Melvil Dewey en 1873.

Flournoy declaraba que el número 1 era el menos frecuente entre los números favoritos experimentalmente demostrados. Desde el punto de vista psicológico colectivo, varios observadores notaron su importancia en los EE.UU. “*It’s one world*” es una de las expresiones clave que destacan la aspiración hacia un mundo único, unificado, incluso homogeneizado, donde se borrarían las distinciones de origen, nación y lengua. Así como las barreras y los cercos desaparecen en el paisaje norteamericano, las barreras morales tienden a borrarse entre los individuos. Es sorprendente ver el vigor con el que los sociólogos norteamericanos rechazan la noción de clase social y la remplazan por la de un “*continuum*” que indica grados de bienestar material o social. ¿Nos sorprenderá entonces si es precisamente en los Estados Unidos donde la noción de las clasificaciones psiquiátricas es combatida y remplazada por la de un “*continuum*”? Esta observación, desde luego, no atañe en modo alguno al problema de la validez de la teoría unitaria de las enfermedades mentales, problema que sigue estando fuera del tema de nuestro artículo.

Para terminar, digamos que el “número preferido”, ya sea individual, ya sea que haya surgido de una representación colectiva, puede ser objeto de una proyección inconsciente de donde resulta, en el clasificador, una ilusión numérica. Cuando Heinroth dividía a los enfermos mentales en 3 órdenes que abarcaban, cada uno, 3 géneros y cada uno de estos géneros 4 especies, obteniendo así 9 géneros y 36 especies de enfermedades mentales, ¿podíamos sorprendernos de que la naturaleza hubiera procedido de manera tan geométrica!

La ilusión lingüística. En 1836, Wilhelm von Humboldt publicó un famoso libro sobre las variedades de estructura del lenguaje humano¹⁹ donde afirma que el lenguaje es el “órgano constructivo del pensamiento” y que la función más elevada del lenguaje es

la de crear el pensamiento por medio de la combinación de conceptos, la cual depende a su vez de la estructura de la lengua empleada. Estas ideas fueron retomadas y desarrolladas recientemente por los norteamericanos Sapir²⁰ y Whorf²¹, quienes trataron de definir cómo la filosofía de una población determinada se halla estructurada por su lengua; en otras palabras, por la manera en que esta lengua constituye, en sí misma, una clasificación original.

Por su parte, los historiadores de la filosofía y de las ciencias mostraron de qué manera el desarrollo de estas disciplinas podía llegar a depender de las lenguas utilizadas. Cornford, por ejemplo, declara que los filósofos griegos, al no conocer más lengua que la suya propia, creyeron que la estructura de la lengua griega reflejaba la del universo. "Platón", nos dice Cornford, "escribió un diálogo entero, el *Cratilo*, para refutar la creencia de que cada cosa tiene un nombre que le pertenece naturalmente (...) Aristóteles resolvió varios problemas mostrando que algunos términos tenían varios sentidos²²". Por el contrario, si las bases de la gramática y la lógica se echaron en India y en Grecia, fue porque los pensadores de estos países tenían a su disposición lenguas de una rara perfección –el sánscrito y el griego antiguos– que constituían en sí mismas excelentes instrumentos de análisis del pensamiento. Es poco probable que el mismo trabajo hubiera podido hacerse con una lengua desprovista de toda estructura gramatical, como el chino (más allá de los méritos literarios de la lengua de Confucio).

Estas consideraciones psicolingüísticas pueden arrojar cierta luz sobre el estudio de las nosologías psiquiátricas desde dos puntos de vista distintos.

En primer lugar, las afecciones que deben clasificarse se designan necesariamente por medio de términos tomados del vocabulario de la lengua del clasificador. Ahora bien, sabido es cuán difícil resulta entenderse de un país a otro sobre el sentido de ciertos términos, no sólo sobre aquellos tomados de la lengua corriente (*Sehnsucht*, *spleen*, "cafard", tristeza, etc.), sino sobre vocablos científicos tales como "melancolía", "paranoia", "psicopatía", etc. La dificultad aumenta cuando se trata de un país de civilización muy distinta. Un psiquiatra de Tokio, el doctor Takeo Doi, mostró cómo ciertos términos psicológicos japoneses, como *toraware*, *amaeru*, resultaban intraducibles en lenguas europeas. El término *shinkeishitsu*, agrega Doi, si bien se basa en el modelo del término alemán *Nervosität*, adquiere en japonés un significado tan particular que también se ha vuelto intraducible²³.

Si observamos poblaciones cuya mentalidad se aleja aún más de la nuestra, la dificultad se torna prácticamente infranqueable: se manifiesta a la vez en las palabras, los conceptos y la clasificación de estos conceptos. Hans Koritschoner publicó un estudio muy curioso sobre la clasificación de las afecciones mentales o *sheitani*, tal como la enseñan los curanderos del este africano²⁴. Koritschoner hizo un relevo de nombres y una descripción sumaria de 22 *sheitani*, afecciones bien diferenciadas entre sí, aunque ni su nombre ni su cuadro clínico tengan equivalentes en nuestras nosologías occidentales. Los médicos indígenas clasifican estas *sheitani* en dos grupos: uno, las *sheitani ya pwani*, cuenta con 9 afecciones, el otro, las *sheitani ya bara*, con 13. Los médicos indígenas concuerdan, sin vaci-

lar, sobre el grupo al que pertenece cada *sheitani*, pero Koritschoner confiesa que el principio de esta clasificación le escapa por completo.

Pero tal vez más aún que el vocabulario en sí, es la estructura gramatical de la lengua la que le da a la nosología sus principios fundamentales. Nuestras lenguas europeas modernas son analíticas. Distinguen categorías de palabras (verbos, sustantivos, adjetivos, pronombres, etc.), su morfología verbal comporta diferencias de personas, tiempos y modos, su sintaxis distingue el sujeto, el verbo y el complemento. Pero la menor variación en esta estructura modifica el sistema de las nociones psicológicas y psicopatológicas.

En ocasiones ha surgido el interrogante acerca de por qué antes del siglo XVII el problema del "yo" casi no había llamado la atención. ¿No se trataría sólo de una cuestión de lingüística? Cuando Descartes dice: *Cogito, ergo sum*, pone el acento en el acto del pensamiento y el hecho de ser. Pero cuando se traduce en francés: *Je pense, donc je suis*, se enuncia el sujeto del verbo por separado y aparece el problema del "yo". De una lengua moderna a otra, las diferencias entre los pronombres dan lugar a variaciones conceptuales notables. Recordemos cuán difícil fue trasladar al francés el *Es* del psicoanálisis freudiano. Pero el *Ich und Du* de Buber también resultó de difícil traducción. ¿Se dirá en inglés "*I and Thou*", ya que esta lengua no conoce el tuteo (o sólo lo emplea cuando se habla con Dios)? o en latín "*ego et tu*", cuando en esta lengua se tutea indistintamente a todo el mundo? Incluso entre el francés y el alemán, el tuteo presenta sutiles diferencias. Por este motivo, casi todo el vocabulario de la *Daseinsanalyse*, calcado sobre la estructura de la lengua alemana, presenta profundas dificultades de traducción.

El análisis de la estructura verbal de las lenguas podría dar lugar a muchas otras consideraciones desde el punto de vista de la nosología psiquiátrica, pero es un tema que no ha sido explorado en profundidad hasta ahora. Uno de los intentos más originales en este campo es el del psiquiatra norteamericano Ernest Southard²⁵.

Southard afirma que las ideas delirantes pueden definirse y clasificarse más rigurosamente en términos de categorías gramaticales que en términos de categorías lógicas. Basándose en el análisis gramatical de las palabras pronunciadas por cierta cantidad de enfermos delirantes, Southard halla que la voz activa predomina en el delirio de grandeza, la voz pasiva, en el delirio de persecución y la forma refleja, en el delirio de autoacusación. El delirio de persecución puede expresarse ya sea en primera, ya sea, con más frecuencia, en tercera persona, y a estas diferencias les corresponden distinciones clínicas. (Recordemos que en la alucinosis alcohólica crónica, el enfermo oye que hablan de él en tercera persona). Tras distintas consideraciones sobre el papel del género o del número, Southard se extiende sobre el significado nosológico de los "aspectos" del verbo. Sostiene que hay una diferencia capital entre dos tipos de delirio de persecución, uno donde el discurso del enfermo se expresa en aspecto "perfecto" (correspondiente al *aorista* griego), y otro donde se expresa en aspecto "imperfecto" (que marca una acción no terminada o iterativa). Al hablar de los modos, Southard declara que el imperativo es el más primitivo, el del niño peque-

ño o del salvaje (agreguemos que es el de la creencia en la omnipotencia del pensamiento). El indicativo, que es el modo de la comprobación, reemplaza poco a poco al imperativo, a medida que en el niño el principio de realidad va sustituyendo al principio de placer. En cuanto al subjuntivo, es el modo de la voluntad diferenciada, y el optativo, el del deseo. Southard concluye diciendo que lo que él llama delirio pragmático es un “precipitado de subjuntivo”, y el delirio fantástico, un “precipitado de optativo”.

Este trabajo de Southard, publicado en 1916, no parece haber llamado la atención hasta el momento. Es de esperar que estas investigaciones sean retomadas teniendo en cuenta los recientes progresos de la psicolingüística. Sería importante precisar en qué medida los marcos clínicos de nuestras nosologías derivan de la estructura de nuestras lenguas. Sería curioso saber qué tipos de concepciones nosológicas corresponderían a las categorías lingüísticas de ciertos idiomas muy diferentes de las lenguas indoeuropeas, como las lenguas de la Polinesia o de los indígenas americanos.

La *ilusión sociocéntrica*. En un trabajo ya clásico, Durkheim y Mauss estudiaron el origen de las clasificaciones²⁶. “Toda clasificación”, expresan los autores “implica un orden jerárquico cuyo modelo no proviene ni del mundo sensible ni de nuestra conciencia”. ¿De dónde proviene este modelo? ¿No sería acaso de la estructura social? Los clasificadores hablan de “afinidades” (es decir parentescos), de “familias”, de “géneros” (término que, etimológicamente, designa un grupo familiar o génes). Para resolver este problema, Durkheim y Mauss examinaron las clasificaciones más primitivas que se conocen, las de los australianos.

Toda tribu australiana se halla dividida en dos fratrías, divididas a su vez en dos clases matrimoniales que por lo general suelen abarcar varios clanes totémicos. “De este modo, todos los miembros de la tribu se hallan clasificados en clases bien definidas y que se contienen una dentro de otra. Ahora bien, la clasificación de las cosas reproduce esta clasificación de los hombres”. Así es como en las tribus más simples, que no tienen más que una división bipartita en dos fratrías, los astros, las plantas, los animales, los fenómenos naturales, etc., se hallan repartidos entre dos fratrías: por ejemplo, el sol pertenece a una y la luna a la otra, el viento a una y la lluvia a la otra, etc. En otras tribus, las cosas serán repartidas, al igual que los humanos, en dos fratrías y cuatro clases. Aquí ya no se trata de una dicotomía simple, sino de una concepción jerárquica del universo. En las tribus de organización más compleja que se ordenan en fratrías, clases matrimoniales y clanes, el universo se vuelve comparable a una vasta tribu con sus divisiones gentilicias. “Es que, si bien el totemismo es, por una parte, la agrupación de los hombres en clanes según los objetos naturales (especies totémicas asociadas), también es, a la inversa, una agrupación de los objetos naturales según los grupos sociales.”

Pasando de Australia a Norteamérica, Durkheim y Mauss hallaron sistemas clasificatorios más evolucionados. En los Zunis, “la noción que la sociedad tiene de sí misma y la representación que se construyó del mundo están tan entrelazadas y confundidas que se puede calificar su organización de mito-sociológica”. Y es que los seres animados e inanimados, los fenómenos

naturales, los elementos se hallan clasificados dentro de un sistema único y solidario “cuyas partes están coordinadas y subordinadas unas a otras, según grados de parentesco”. El espacio está dividido en siete regiones: Norte, Oeste, Sur, Este, Cenit, Nadir y Centro. Cada ser animado o inanimado, cada fenómeno natural, cada color, cada tipo de actividad humana se halla clasificado en una de estas siete regiones. Ahora bien, “esta distribución de los mundos es exactamente la misma que la de los clanes dentro del pueblo”. Así es, el pueblo zuni está dividido en siete partes, cada una de las cuales corresponde a uno de los siete espacios fundamentales. Cada una de estas divisiones se superpone a un grupo de clanes totémicos. “No sólo la división de las cosas en regiones y la división de la sociedad en clanes se corresponden exactamente, sino que están íntimamente entrelazadas y confundidas.”

Un grado más en la complejidad y entramos en el sistema astrológico chino, el cual, según los autores, resulta de la combinación de varios sistemas anteriores: uno basado en la división del espacio en cuatro regiones y ocho subregiones o “potencias”; el otro, fundado en la distinción de cinco elementos. Dos ciclos que siguen cada uno de estos dos sistemas constituyen, mediante su combinación entre sí y con otros elementos, el calendario chino. Todos los seres vivientes o inertes, los fenómenos naturales y muchas nociones abstractas se incorporan así dentro de un sistema clasificatorio altamente artificial. Según Durkheim y Mauss, este sistema es indudablemente de origen sociológico, al menos en cuanto a las divisiones del espacio, que, en su origen, correspondían a subdivisiones sociales. En definitiva, “el punto de partida de los primeros sistemas de la naturaleza no fue el hombre, sino la sociedad”.

Este trabajo de Durkheim y Mauss provocó una ola de objeciones entre los etnólogos acerca de la validez de los hechos planteados y su interpretación. Dejaremos para los especialistas las discusiones pertinentes²⁷. Pero volviendo a nuestro tema, la teoría sociológica de las clasificaciones llama nuestra atención sobre una ilusión –la ilusión sociocéntrica– y podemos preguntarnos qué papel ha tenido ésta en la historia de las nosologías.

Ya hemos observado la predilección de los hindúes por sistemas de clasificación muy tajantes, pero artificiales y rígidos (en nosología así como en filosofía o en mitología), y que nos remiten a la institución de las castas fijas y jerarquizadas. La antípoda del sistema de castas inamovibles es, tal como hemos visto, la sociedad norteamericana, y a veces esto parece aflorar en nosología mediante una predilección por sistemas unitarios, reflejo del “crisol de razas” o *melting pot* americano. Pero éstas no son más que vagas analogías. ¿Pueden hallarse correspondencias más precisas?

Desde la Antigüedad, el nacimiento de los grandes Estados dio lugar a nuevos sistemas clasificatorios y jerárquicos complejos: provincias y divisiones administrativas, jerarquías nobiliarias o militares, etc., y así fueron surgiendo nuevos modelos para clasificaciones de otro orden. Se ha dicho que el tratado *De la jerarquía celeste* de Denys l'Aréopagite, les atribuía a las potencias celestes una organización jerárquica que refleja la de los funcionarios de la corte imperial de Bizancio. Otro ejemplo, más moderno y tal vez menos cuestionable,

es el del famoso naturalista Linneo, cuyo sistema de la naturaleza asombra por su carácter sociomórfico. Linneo concebía a la naturaleza como un vasto imperio dividido en tres grandes "reinos": animal, vegetal y mineral. En lo más bajo de la escala se hallaban las especies vivas, en cuya nomenclatura reinaba una gran confusión. Linneo empezó por atribuirles a cada una un nombre doble: esta nomenclatura binaria imitaba la que la sociedad contemporánea acababa de imponerles a todos los sujetos, apellido y nombre. Quedaba por poner orden en el caos de la sistemática botánica. Como buen latinista, Linneo trasladó al ámbito de las plantas las divisiones del sistema administrativo y militar romano, al decir de Agassiz en su historia de las clasificaciones zoológicas²⁸. Linneo habría empleado el siguiente sistema de equivalencias:

Botánica	Classis	Ordo
<i>Ejército romano</i>	<i>Legiones</i>	<i>Cohortes</i>
Genus	Species	Varietas
<i>Manipuli</i>	<i>Contubernia</i>	<i>Miles</i>

Sabemos que luego Linneo aplicó el mismo sistema de clasificación botánica a la zoología, y más tarde incluso a la nosología médica (que incluía una nosología psiquiátrica).

La *ilusión de los modos intelectuales contemporáneos*. Si recorremos la historia de las clasificaciones psiquiátricas al mismo tiempo que las de las clasificaciones botánicas y zoológicas, a menudo nos sorprendemos por el curioso "aire de familia" que presentan entre sí en distintas épocas. Sabemos, por ejemplo, el tremendo éxito que tuvieron las grandes clasificaciones sistemáticas en el siglo XVIII: en medicina, en zoología, en botánica, parecían calcadas unas sobre otras. A veces lo eran e incluso tenían los mismos autores. Boissier de Sauvages, en su *Tratado de las clases de enfermedades*, distinguía 10 clases, subdivididas en 4 órdenes y 23 géneros; uno de éstos, el género melancolía, abarcaba 14 especies. Evidentemente, Boissier de Sauvages había trasladado a la medicina los principios de la sistemática lineana. Pero Linneo escribió, imitando a Boissier, un tratado de nosología, su *Genera Morborum*, donde la clasificación de Boissier aparecía revisada y con modificaciones en su terminología. Por entonces surgieron en toda Europa sistemas clasificatorios donde los animales, las plantas, las enfermedades físicas y mentales, incluso los cuerpos químicos, eran minuciosamente distribuidos en "clases", "órdenes", "géneros", "especies" y "variedades".

El fin del siglo XVIII trajo, junto con la Revolución francesa, una revolución en las clasificaciones. Nada ilustra mejor la rapidez de este cambio como el hecho de que Pinel publicara en 1798, en su *Nosografía filosófica*, una clasificación de las enfermedades mentales muy complicada y del tipo "botánico", y tres años después, en 1801, su *Tratado médico-filosófico de la locura*, donde no hallamos más que cuatro grandes tipos de enfermedades mentales: manía, melancolía, demencia e idiotismo. ¿Se trata de una simple coincidencia si, para esa misma época, Cuvier revolucionaba la zoología sistemática con su nueva clasificación de los animales en cuatro grandes "tipos" (Vertebrados, Moluscos, Articulados, Radiados)?

En esa misma época, en Alemania, el romanticis-

mo filosófico ejercía una influencia simultánea en las ciencias naturales y en la psiquiatría. El mejor ejemplo de esta tendencia surge de la confrontación de las dos clasificaciones típicas de esa época.

Una de ellas es la de Oken, uno de los naturalistas más eminentes del siglo XIX²⁹.

Oken consideraba al hombre el ser más elevado de la creación, a la vez clave del reino animal y medida de la perfección de la organización de cada especie. Según este autor, no existe nada en el animal que no tenga su correspondencia en el hombre. Oken clasificaba a los animales en 5 "ciclos" y 13 clases, cuyo esquema es el siguiente:

Ciclo I: Animales digestivos.

Clase 1: Infusorios (animales-estómago).

Clase 2: Pólipos (animales-intestinos).

Clase 3: Acalefos (animales-glándulas lácteas).

Ciclo II: Animales circulatorios.

Clase 4: Acéfalos (animales bi-auriculares).

Clase 5: Gasterópodos (animales uni-auriculares).

Clase 6: Cefalópodos (animales bi-cardíacos).

Ciclo III: Animales respiratorios.

Clase 7: Gusanos (animales-piel).

Clase 8: Crustáceos (animales-branquias).

Clase 9: Insectos (animales-tráquea).

Ciclo IV: Animales carnosos.

Clase 10: Peces (animales-huesos).

Clase 11: Reptiles (animales-músculos).

Clase 12: Aves (animales-nervios).



Centro Privado de
Psicoterapias

Búsqueda de Médicos Psiquiatras

En el *Centro Privado de Psicoterapias* trabajamos hace más de 20 años prestando asistencia en Salud Mental para prepagas y Obras Sociales.

Contamos con un área de docencia que brinda cursos (con docentes nacionales e internacionales) sobre terapias sistémicas e integrativas.

Asimismo, estamos realizando investigaciones en forma conjunta con Universidades de California y de Maine (EE.UU).

Se requieren médicos psiquiatras, con consultorio/s propios para reforzar nuestro plantel (se privilegiarán las posiciones en el Gran Bs. As.).

Para tomar la responsabilidad de la atención de los pacientes que son derivados nos gustaría contactarnos con profesionales que se interesen en:

✓ *Trabajar en colaboración con psicólogos que hacen terapias focales.*

✓ *Llevar las historias clínicas electrónicamente.*

✓ *Participar de las reuniones semanales de supervisión.*

Enviar C.V. a: Dr. Sergio Grosman;
Coordinador de Psiquiatría: sergiog@cgp.com.ar

Ciclo V: Animales sensoriales.

Clase 13: Mamíferos (animales sensoriales).

Vemos que en la concepción anterior a esta curiosa clasificación, los distintos grupos zoológicos son como los "dissecta membra" del organismo humano, el cual es, por así decir, el reino animal condensado armoniosamente en un ser viviente llevado a su punto de perfección.

Examinemos ahora de manera somera la clasificación de las enfermedades mentales de Heinroth³⁰. Este autor comenzaba distinguiendo en la mente humana, tres facultades fundamentales: afectividad, intelecto, voluntad. Toda afección mental, según Heinroth, consistía en una exaltación, una depresión o una mezcla de exaltación y de depresión que afectaba una de estas tres facultades. De aquí surgían 9 géneros de enfermedades mentales, según el siguiente esquema:

	Exaltación	Depresión	Estado mixto
<i>Afectividad</i>	<i>Wahnsinn</i>	<i>Melancholia</i>	<i>Wahnsinnige Melancholie</i>
<i>Intelecto</i>	<i>Verrücktheit</i>	<i>Blödsinn</i>	<i>Verwirrtheit</i>
<i>Voluntad</i>	<i>Mania</i>	<i>Willenlosigkeit</i>	<i>Scheue</i>

Cada uno de estos 9 géneros estaba subdividido en 4 especies, cuya nomenclatura no reviste importancia aquí. Se ve en este esquema que para Heinroth la enfermedad mental se identificaba, de algún modo, con una de las grandes funciones de la mente humana, así como para Oken la clase de los gusanos era la piel humana hecha animal. Como no es probable que Heinroth y Oken se hayan inspirado directamente uno del otro, se puede suponer que ambos modelaron sus respectivas teorías a partir de un esquema conceptual común, como fue el caso de Pinel y Cuvier, de Boissier de Sauvages y Linneo.

Motivaciones inconscientes del clasificador

Se pueden distinguir dos tipos de psiquiatras. Algunos, la gran mayoría, nunca se ocupan de las clasificaciones, o se conforman con emplear la que consideran corriente u oficial. Otros le dan una importancia primordial a este problema, y llegan a dedicarle casi toda su vida. Aquí surgen dos interrogantes. ¿De dónde proviene, en estos últimos, esa imperiosa necesidad de clasificar? ¿Por qué llegan a proclamar la validez de una forma de clasificación determinada en lugar de otra?

Cuando nos topamos con un hombre como Burton, el infortunado *scholar* de Oxford, que pasa su vida entera estudiando cientos de doctrinas médicas para tratar de sintetizarlas en una sola, podemos preguntarnos si la "melancolía" que padecía basta para explicar su conducta; por desgracia, no sabemos nada sobre su vida. Cuando vemos a Kraepelin organizar y reorganizar sin cesar su clasificación, de manera que los estudiantes esperaban con ansiedad la próxima edición de su *Tratado* para ver qué cambio introducía, podemos preguntarnos qué misterioso motivo lo impulsaba. (Algunos autores lo acusaban de regentar la nosología psiquiátrica tal como Bismarck manipulaba los partidos políticos en el Parlamento prusiano). Lamentablemente, los detalles biográficos que conocemos sobre Kraepelin no bastan para aclarar este punto. En realidad, só-

lo nos quedan las hipótesis. Trataremos de ver cómo podríamos formularlas en tres casos distintos. Se trata de Platter, Paracelso y Morel.

Pocas personalidades de la medicina se conocen tan bien como la de Felix Platter (1636-1714), el famoso médico de Bâle, pionero de la anatomía, la epidemiología, la enseñanza médica y la psiquiatría. Además de sus publicaciones y sus escritos administrativos, contamos con su autobiografía, el *Diario* que llevó a lo largo de toda su vida, su correspondencia, las listas de sus numerosas colecciones, y cantidad de relatos escritos por sus alumnos y visitas. No exageramos al decir que tenemos mucha más y mejor información sobre Platter que sobre Pinel o Esquirol. Sobre Platter existe una muy buena biografía escrita por Karcher³¹ y un estudio psicoanalítico de Christoffel³². Uno de los rasgos principales de Platter era su pasión por el orden, la puntualidad, el detalle minucioso. Se distinguía también por su intensa actividad de coleccionista. Platter poseía una inmensa cantidad de drogas, un herbario voluminoso, cantidad de medallas, grabados, instrumentos de música, minerales, un jardín botánico privado e incluso un pequeño zoológico. Llevaba listas e inventarios minuciosos de todas sus colecciones. Muchas de ellas aún existen. En especial las colecciones de observaciones clínicas de sus enfermos, que siempre mantenía al día y clasificadas. No hay duda de que la nosología entera de Platter es el fruto de su pasión por las colecciones y de la necesidad de clasificar todos sus materiales. Christoffel, basándose en el análisis de distintos incidentes de la vida de Platter, concluyó que éste sufría de "neurosis obsesiva con agresividad y misoginia enmascaradas". También presentaba cierto misonéismo, lo que podría explicar por qué, una vez que establecía las líneas generales de su clasificación, nunca la cambiaba, y se limitaba a completarla si era necesario. Sin dejar de reconocer el importante papel de Platter como pionero de la psiquiatría, es difícil no coincidir con Christoffel en su diagnóstico y no admitir que la clasificación de Platter se hallaba estrechamente ligada a su neurosis obsesiva.

La vida de Paracelso (1493-1551), otro gran pionero de las clasificaciones psiquiátricas, es menos conocida que la de Platter. Durante largo tiempo permaneció oculta detrás de una nutrida leyenda que se había formado a su alrededor, incluso antes de su muerte. Para algunos, Paracelso fue un genio, para otros, un charlatán, un precursor científico, un filósofo místico, etc. Minuciosos trabajos de distintos historiadores fueron arrojando luz sobre su personalidad³³. Hoy en día puede considerarse que su vida y su doctrina fueron un intento desesperado de unificar los dos mundos tan distintos a los que pertenecía desde su nacimiento. Así es, su padre, miembro de la familia noble de los Bombast von Hohenheim, era hijo ilegítimo, y como tal, había sido rechazado por su familia y reducido al papel de modesto médico de pueblo. Su madre servía en el poderoso y rico monasterio de Einsiedeln, lugar de peregrinaje, donde según se contaba, se producían curas milagrosas. La muerte temprana de la madre fue seguida por la partida del padre hacia Villach, en Austria, región minera y metalúrgica. El joven Paracelso, precozmente desarraigado, se hizo médico como su padre. Podemos suponer que se identificó con éste, sintiéndose merecedor de honores pero condenado a

ser rechazado en todas partes (las persecuciones que sufrió a lo largo de toda su vida parecen haber sido consecuencia, sobre todo, de su actitud arrogante y provocativa). Por otro lado, se solidarizaba con la clase popular a la que pertenecía su madre, la humilde campesina del monasterio milagroso. De allí su odio por el mundo de la nobleza, por la Universidad donde se enseñaba en latín una medicina galénica ineficiente y perimida, y su deseo de brindarle al pueblo una medicina nueva, en lengua vulgar, basada a la vez en la experiencia y en la fe en los milagros. Podemos creer que los constantes esfuerzos de Paracelso por hacer y rehacer nuevas clasificaciones psiquiátricas eran, inconscientemente, un esfuerzo por resolver las contradicciones internas que debía enfrentar.

Podemos suponer que una dinámica similar se manifestó en la vida y la actividad de Benedict Augustin Morel (1809-1873). Ciudadano francés nacido en Alemania y criado en Luxemburgo, bilingüe, católico destinado a la iglesia, pero que pasó a un entorno materialista, amigo de Claude Bernard, pero siempre creyente, sin duda Morel tuvo que superar grandes dificultades antes de resolver estas contradicciones. Su obra refleja con claridad sus esfuerzos por conciliar la ciencia y la teología, la psiquiatría y la biología, la genética, la far-

macología. El esfuerzo inmenso y prolongado de Morel para crear una nueva clasificación psiquiátrica podría explicarse, en parte, por la necesidad de resolver sus propias contradicciones internas lo cual, desde luego, no le quita valor científico y filosófico.

Conclusión

El objetivo de este estudio no era formular una opinión sobre la validez de las clasificaciones psiquiátricas existentes, sino llamar la atención sobre distintas causas de error que pudieron influir en los esfuerzos de los clasificadores. Algunos de ellos partieron de una noción incompleta de la naturaleza de la clasificación, y decidieron dedicarse a ella para responder así a necesidades prácticas inmediatas, o a concepciones abstractas. Otros proyectaron inconscientemente cuadros esquemáticos de orden numérico, lingüístico, sociológico, o tomados de las corrientes intelectuales contemporáneas. Finalmente, otros clasificadores fueron víctimas, tal vez, de un dinamismo personal inconsciente que los llevó a satisfacer tendencias afectivas inconscientes o a resolver sus problemas por procuración ■

Notas

1. Gaston Bachelard, *La Formation de l'esprit scientifique. Contribution à une psychanalyse de la connaissance objective*, París, Vrin, 1947.

2. No trataremos aquí el problema filosófico y epistemológico de las clasificaciones. Sobre este punto remitimos al lector a las obras de Jean Piaget, *La Genèse du nombre chez l'enfant*, Neuchâtel y París, Delachaux, 1941, e *Introduction à l'épistémologie génétique*, París, PUF, 3 vol., 1950.

3. Galeno, *Œuvres*, trad. Daremberg, vol. II, París, 1856, p. 707.

4. Heinrich Neumann, *Lehrbuch der Psychiatrie*, Erlangen, F. Enke, 1859, p. 75-76.

5. Bartolomé Llopis, "La psicosis única", *Archivo de Neurobiología*, vol. 17, 1954, p. 1-39.

6. Karl Menninger et al., "The unitary concept of mental illness", *Bulletin of the Menninger Clinic*, vol. 22, 1958, p. 4-12.

7. Carlos Seguin, Renato Castro, Oscar Valdivia y Sergio Zapata, "Cuadros clínicos y cultura. Sobre un nuevo método de agrupación nosográfica en psiquiatría", *Congrès mondial de psychiatrie*, Montreal, junio de 1961.

8. Cf. Thérèse Leroy, *La Technique du classement. La science de la classologie*, París, Guy Le Prat, 1945-

9. Joseph Daquin, *La Philosophie de la folie, ou Essai philosophique sur le traitement des personnes atteintes de folie*, París, 1792.

10. Citado por J.C. Bucknill y D. Hack Tuke, *A Manual of Psychological Medicine*, 4ta. ed., Londres, 1879, p. 25.

11. Robert Burton, *The Anatomy of Melancholy*, Oxford, John Lichfield, 1621.

12. Emmanuel Kant, *Anthropologie in pragmatischer Hinsicht* (1798), Ed. J.H. Kirchmann, 3ra. ed., Leipzig, 1880.

13. Théodore Flournoy, "Sur l'association des chiffres chez les divers individus", III. *Internationaler Congress für Psychologie*, Munich, 4-7 de agosto de 1896, Munich, Lehmann, 1897, pp. 221-222.

14. Ernest Jones, *The Life and Work of Sigmund Freud*, vol. II, New York, Basic Books, 1955, p. 318.

15. Michael Balint, "On Szondi's Schicksalsanalyse and Triebdiagnostik", *International Journal of Psychoanalysis*, vol. 29, 1948, p. 240-249.

16. Johann Christian Heinroth, *Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens*, 2 vol., Leipzig, F.C.W. Vogel, 1818.

17. Ver la obra del matemático alemán Karl Menninger, *Zahlwort und Ziffer. Eine Kulturgeschichte der Zahl*, 2 vol., Göttingen, Van den Hoeck y Ruprecht, 1958.

18. L. Leland Locke, "The Ancient Quipu or Peruvian Knot Record", *The American Museum of Natural History*, 1923.

19. Wilhelm von Humboldt, *Über die Verschiedenheit des menschlichen Sprachbaues* (1836). Reedición: Darmstadt, Claassen y Roether, 1949.

20. Edward Sapir, "The Nature of Language", in *Selected Writings*, David Mandelbaum (ed.), University of California Press, 1951.

21. B.L. Whorf, *Language, Thought and Reality*, J.B. Carroll (ed.), New York, Wiley, 1956.

22. F.M. Cornford, *The Unwritten Philosophy*, Cambridge University Press, 1950, p. 43.

23. L. Takeo Doi, "Morita Therapy and Psychoanalysis". (Artículo inédito, graciosamente cedido por el autor.)

24. Hans Koritschoner, "Ngoma ya Sheitani. An East-African Native Treatment for Psychical Disorders", *Journal of the Royal Anthropological Institute of Great-Britain and Ireland*, vol. 66, 1936, p. 209-219.

25. Ernest E. Southard, "On the Application of Grammatical Categories to the Analysis of Delusions", *Philosophical Review*, vol. 25, 1916, p. 424-455.- Todo mi agradecimiento para el Dr. Karl Menninger quien me posibilitó la lectura de este artículo poco conocido.

26. Emile Durkheim y Marcel Mauss, "De quelques formes primitives de classification. Contribution à l'étude des représentations collectives", *L'Année sociologique*, vol. 6, 1901 - 1902, p. 1-72.

27. Cf. Claude Lévi-Strauss, *La Pensée sauvage*, París, Plon, 1962, capítulo II.

28. Louis Agassiz, "Essay on Classification", in *Contributions to the Natural History of the United States of America*, vol. I, Boston, 1857, p. 3-232 (Linné, p. 189-190).

29. Citado por Louis Agassiz, "Essay on Classification", *op. cit.*, p. 212-213.

30. Johann Christian Heinroth, *op. cit.*

31. J. Karcher, Felix Platter, Bâle, 1949.

32. Hans Christoffel, "Psychiatrie und Psychologie bei Felix Platter", *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, vol. 27, 1954, p. 213-227.

33. La monografía más reciente es la de Walter Pagel, *Paracelsus*, Bâle y New York, S. Karger, 1958.



confrontaciones



“Estamos anclados en sistemas nosológicos caducos” Reportaje a Víctor Peralta

Por Sergio Strejilevich y Julián Bustin

Hacia fines del siglo XIX una febril actividad ocupaba a muchos psiquiatras europeos. Estaban intentando lograr una clasificación de las enfermedades mentales capaz de generar consenso y ordenar el incipiente campo de trabajo. Finalmente, fue Kraepelin –sobre la base de un arduo trabajo de, por momentos, casi futurística metodología– el que logró una clasificación capaz de generar un apreciable consenso. Sin embargo, como el mismo Kraepelin señaló, el trabajo no estaba acabado y el andamiaje dicotómico sobre el que había montado, inicialmente, su clasificación, mostraba importantes fisuras.

Pero esa advertencia fue formulada en 1920, cuando la psiquiatría ya estaba lanzada en la persecución de la ansiada terapéutica. Hubo dos fuertes olas, que barrieron el interés por investigar la base clínica de nuestra disciplina. La primera, casi contemporánea, fue el psicoanálisis, que ofreció tanto una forma de comprender la psicopatología como un esquema de trabajo y terapéutica para una serie de malestares de la época. La segunda fue la aparición de la psicofarmacología en los años '50. Probablemente debido a sus éxitos iniciales, ninguna de estas dos grandes corrientes de pensamiento continuó interrogando a la clínica de nuestra especialidad sino que, por el contrario, consolidaron apresuradamente un modo de pensarla (la dicotomía kraepeliniana) en el afán de extender las aplicaciones de ambas. Fueron 80 años de una casi ausencia de un debate profundo sobre cuál es la mejor manera de ver y clasificar aquello que padecen las personas que solicitan nuestra ayuda. Mientras las tecnologías neurocientíficas avanzaron a pasos acelerados, la curiosidad científica sobre la clínica se estancó. Y así, terminado el siglo XX, desembocamos en una situación paradójica: se cuenta con tecnologías terapéuticas del siglo XXI, que son aplicadas cotidianamente sobre un soporte clínico diseñado en el XIX, que ni siquiera conformaba a sus creadores en los tempranos años del XX. No obstante, esta situación ha ido cambiando en los últimos años. Actualmente,

en ninguna discusión seria se elude la urgente necesidad de reconstruir desde sus bases la cartografía de nuestro campo de trabajo. La necesidad de contar con mejores modelos fenotípicos para los estudios genéticos parece estar devolviendo a la investigación de la clínica psiquiátrica el lugar destacado que siempre mereció. Dentro de este reverdecer del interés científico por la clínica Víctor Peralta ocupa un lugar destacado. Este joven psiquiatra español ha logrado que un servicio de psiquiatría comunitaria situado en Pamplona se convierta en uno de los epicentros del reciclaje de la estructura nosográfica de nuestra especialidad. Sobre la base de trabajos de investigación basados en una metodología de notable solidez ha ayudado a demostrar cómo la estructura dicotómica de la clínica no encuentra una base empírica que la sostenga. Cómo, vistos desde las matemáticas y la investigación empírica, los síntomas que nuestros pacientes sufren se constituyen en campos discretos que subvierten la tradicional forma en que los miramos. Cómo, desde estas nuevas perspectivas, las experiencias subjetivas de las personas que asistimos se alían al conocimiento de las bases biológicas de su constitución. Desde hace años se pueden encontrar los trabajos de Peralta y colaboradores en las mejores revistas internacionales de nuestra especialidad, sumando datos de calidad que se acumulan como una inquietante piedra en el zapato de cierta psiquiatría pretendidamente "oficial".

Víctor Peralta presentó una magistral ponencia en el Congreso de la AAP de 2002. Llegó invitado por el Dr. Marcelo Cetkovich Bakmas quien, pese a no coincidir plenamente con su pensamiento, tuvo el espíritu académico de convocarlo y permitir, entonces, un apasionante debate.

Vertex: *¿La clínica psiquiátrica actual, está a la altura de los desarrollos técnico-terapéuticos y del avance sostenido de las neurociencias básicas?*

Víctor Peralta: No está a la altura de ninguno de esos factores. Entendemos mal o, mejor dicho, integramos mal lo que los pacientes nos enseñan. Estamos anclados en sistemas nosológicos caducos, poco validados y con poca base empírica.

Vertex: *¿Por qué?*

V. P.: Porque por diversas razones los psiquiatras somos muy distintos del resto de los colegas médicos. No hemos evaluado nuestros conceptos clínicos. Nos hemos guiado por las grandes figuras de la psiquiatría de principios del siglo XX y no hemos sido capaces de validar empíricamente los conocimientos que nos han aportado. No somos capaces de evaluar la realidad clínica independientemente de modelos (sean estos kraepelinianos o psicoanalíticos) que pesan sobre nosotros como lápidas.

Vertex: *¿No es más complejo el problema? ¿Se trata sólo de cómo integramos lo que observamos o también de cómo y qué estamos observando en nuestros pacientes?*

V. P.: Son, efectivamente, las dos cosas. La psicopatología descriptiva actual es virtualmente idéntica a la utilizada en el siglo XIX, no ha evolucionado y no se ha adaptado a los conocimientos de los que actualmente disponemos sobre las bases neurobiológicas

de la conducta normal y patológica. Desde esta perspectiva se entiende el fracaso relativo en el conocimiento del sustrato neurobiológico de las enfermedades mentales. La psicopatología actual se basa en síntomas mentales tradicionales y se han descuidado otros síntomas que tienen más información (y por lo tanto menos ruido) neurobiológica, como son determinados síntomas sin nombre, microsíntomas o síntomas subclínicos; en definitiva, síntomas neurobiológicos sutiles que también presentan –en mayor o menor medida– los enfermos mentales.

Vertex: *¿A qué denomina síntomas neurobiológicos?*

V. P.: Síntomas neurobiológicos son trastornos motores, trastornos cognitivos, quejas subjetivas de tipo cognitivo, que encierran más información neurobiológica que síntomas tradicionales como la tristeza, los delirios o las alucinaciones.

Vertex: *¿No será un cierto cartesianismo latente en la estructura ideológica de la psiquiatría el factor que impide dar ese salto cualitativo en el modo de observar los problemas que atendemos?*

V. P.: Totalmente de acuerdo, porque cerebro y conducta (normal o patológica) son los dos aspectos del mismo fenómeno psico-neuro-biológico. No son dos cosas distintas, en absoluto. La cuestión es saber en qué medida los fenómenos mentales patológicos se corresponden con procesos biológicos o psicosociales.

Vertex: *¿No es sintomático de esto el hecho paradójico de que mientras gran parte de los síntomas tradicionales psiquiátricos se suceden en "el teatro de la conciencia", durante los últimos años no hay casi ningún trabajo en las revistas de psiquiatría dedicado al enfoque actual de ese problema?*

V. P.: Sí, no hay dudas. ¡Vamos! Los conocimientos neurobiológicos de que actualmente se dispone, por desgracia, están desligados de los síntomas en su contexto más amplio y profundo. Nos debemos acercar a los síntomas que nos refieren nuestros pacientes desde perspectivas a-teóricas, meramente fenomenológicas. Nuestra función es dar sentido a esos síntomas, saber cómo se organizan, cuál es su estructura interna, si hay puntos de corte entre síntomas, entre grupos de síntomas. Como decía Hoche, el gran psicopatólogo alemán, hay entidades clínicas de tres órdenes. El primer orden son los síntomas. El segundo son los síndromes y el tercero son las entidades nosológicas. Y, hoy por hoy, hay muy pocas evidencias de que haya auténticas entidades nosológicas en psiquiatría. Por esto nos tenemos que concentrar en los elementos básicos y naturales que los pacientes nos proporcionan: los síntomas y su agrupamiento natural en síndromes.

Vertex: *Volviendo a su charla de ayer, le escuchamos hablar del factor esquizofrénico y entendimos su importancia, pero nos quedó una "pequeña" duda: exactamente ¿qué es?*

V. P.: Yo creo que el factor esquizofrénico se entiende muy bien desde la analogía con la inteligencia o desde la relación existente entre la inteligencia normal y el retraso mental. Existe un factor de inteligencia general descrito muy bien por los psicólogos, luego hay factores de inteligencia o de habilidades intelectuales específicas que tienen comparativamente mucha mayor importancia. El factor esquizofrénico general hace referencia a esto, a que los constructos de esquizofrenia que se han ido produciendo en el último siglo identifican nuclearmente las características de "lo esquizofrénico" y que, en su polo extremo, son todos los síntomas clásicos de la enfermedad. En el otro polo, el factor esquizofrénico estaría presente en forma de rasgo en personas que consideramos a todas luces normales. O sea, que una persona puede tener delirios, alucinaciones, trastornos formales del pensamiento, síntomas catatónicos, de manera muy marcada, eso es factor esquizofrénico en un polo (la esquizofrenia nuclear) y que otra persona los puede tener de manera subclínica (en forma de rasgos esquizotípicos), sin que interfieran en su funcionamiento. Esta dimensionalidad de la esquizofrenia la vio muy bien Bleuler al establecer el continuo personalidad esquizoide normal-personalidad esquizoide-patológica-esquizofrenia simple-esquizofrenia.

Vertex: *¿Qué síntomas serían los que están en ese factor esquizofrénico?*

V. P.: Todos los síntomas que históricamente se han relacionado con la enfermedad; no hay un solo síntoma que sea específico de la esquizofrenia. Lo voy a explicar desde el punto de vista de la patología de la inteligencia. Nadie discute que el retraso mental carece de entidad nosológica, ya que

el retraso mental es la vía final común de múltiples factores ambientales (p. ej., complicaciones obstétricas) y genéticos. En la medida en que se expresen estos factores acaban produciendo retrasos mentales límite, moderados o graves. Conceptualmente la esquizofrenia es lo mismo. Y cuando hablo de factor esquizofrénico en la población psicótica hablo –analógicamente– del factor del retraso mental en la población de pacientes con alteración en el neurodesarrollo. Hay pacientes con alteraciones del neurodesarrollo con un mínimo, apenas perceptible, retraso mental y hay pacientes en donde el trastorno del neurodesarrollo se manifiesta por retraso mental en diferentes niveles de gravedad.

Vertex: *¿Son las palabras el soporte adecuado para describir lo que estamos empezando a ver o son insuficientes?*

V. P.: Insuficientes, a todas luces. Es todo lo que nos encontramos delante de nosotros cuando vemos un paciente, son las palabras, son los silencios, son sus movimientos, es su expresividad. No podemos transcribir todo lo que nuestro ojo percibe, todo lo que nuestro oído oye, todo lo que nuestro olfato huele, y esta es una impresión clínica que yo tengo muchas veces cuando me encuentro delante de mis pacientes. Que soy incapaz de describir, cuando paso a hacer la nota clínica, todo lo que he percibido. No lo llegaría a transcribir de ninguna manera, ni aún grabándolo en video.

Vertex: *¿Cómo pesa esto que estamos diciendo respecto de la responsabilidad que nos toca a los psiquiatras frente al hecho de poder –en el futuro– modelar la carga genética que gobierna nuestros cerebros?*

V. P.: Sobre ese punto soy extraordinariamente escéptico. Porque los factores genéticos de la enfermedad mental, en general, y de la esquizofrenia, en particular, son extraordinariamente complejos. Hay muchos genes que confieren la vulnerabilidad para desarrollar un trastorno mental concreto, cada gen con distinto grado de expresividad y, probablemente, con distinta cualidad de interacción con otros genes o con el ambiente para provocar la enfermedad. Confluyen muchos genes y muchos tipos de interacción genes/ambiente y veo muy difícil que seamos capaces de controlar a todos ellos y sus interacciones. No sólo tenemos factores genéticos, tenemos también factores ambientales de muy diversa índole. Imaginemos que sólo cien genes están implicados en la esquizofrenia y que, también, sólo diez factores ambientales lo están (biológicos, psicológicos, familiares, sociales, demográficos). Un sencillo análisis de permutaciones (sin contar las interacciones diferenciales entre los factores) nos da una idea clara de la dificultad de la empresa que tenemos delante. Una cosa es la identificación de los factores de vulnerabilidad en la población esquizofrénica y otra, muy distinta, su expresividad individual. Esta es una de las razones que explican la enorme heterogeneidad de la enfermedad y que el concepto mismo de esquizofrenia se haya mostrado tan esquivo e inestable a lo largo del tiempo.

Vertex: *Más allá del número de factores en juego, ¿no tendríamos que hacer el ejercicio de ligar cada*

factor sintomático con un módulo cerebral y con un posible dominio genético?

V. P.: Exactamente. Los síndromes factoriales son agrupaciones naturales de síntomas como consecuencia de algún factor etiológico y, más probablemente, un mecanismo patogénico común. Yo creo que cada síndrome esquizofrénico se corresponde con la alteración de módulos cognitivos (semi) independientes. Los factores etiológicos, o factores de riesgo, según la terminología más actual son relativamente inespecíficos pero, cuando se expresan neurobiológicamente, lo hacen de forma modular.

Vertex: O sea que, por ahora, no invertiría sus esfuerzos en estudios de genética.

V. P.: En población esquizofrénica lo estamos haciendo. Estamos realizando un estudio intentando ligar genes candidatos con diversos fenotipos distintos del sistema clasificatorio DSM.

Vertex: ¿Se puede saber qué están utilizando como rasgo fenotípico?

V. P.: Claro, es totalmente público. Debido a que no existe una definición unitaria de la esquizofrenia utilizamos un abordaje dimensional (multidimensional) y, por otra parte, un abordaje categorial (polidiagnóstico); es lo que nosotros hemos denominado "la aproximación polidiagnóstica-multidimensional de la esquizofrenia". Es decir, mapeamos el estado clínico del paciente en función de sus síntomas y de los criterios diagnósticos de los que disponemos. Y hemos podido confirmar nuestra hipótesis de partida de que los síndromes dimensionales se validan mejor genéticamente que las clasificaciones categoriales.

Vertex: Aplicando estos conceptos al tratamiento, nos lleva a entender que debemos tratar síntomas o, en el mejor de los casos, síndromes pequeños, pero no enfermedades.

V. P.: Exactamente, de hecho es lo que hacemos la mayoría de los psiquiatras en la práctica clínica diaria. Pero el abordaje categorial nos vuelve a producir un escotoma, viendo sólo el diagnóstico y no lo que realmente tiene el paciente.

Vertex: Un dato anecdótico: en un estudio transversal que realizamos en la Argentina sobre el diagnóstico y el costo del tratamiento de la esquizofrenia comprobamos que el 75% de la muestra tenía más de 11 puntos en la escala de Depresión de Hamilton pero sólo el 11,5% estaba tomando antidepresivos. Cuando comparamos a aquéllos que estaban tratados con antidepresivos versus los que no lo estaban haciendo, encontramos que los primeros tenían significativamente menos síntomas psicóticos...

V. P.: Sobre esto quisiera insistir. Se sabe que un paciente esquizofrénico (o con cualquier otro diagnóstico) con un cuadro depresivo, de la misma intensidad que el que tiene otro paciente diagnosticado como padeciendo sólo un trastorno depresivo, tiene muchas menos probabilidades de ser tratado del cuadro depresivo. El abordaje multisindrómico o multidimensional nos abre, precisamente, una ventana a toda la psicopatología del paciente y a todos los tratamientos posibles, independientemente de su diag-

nóstico: los déficits cognitivos mediante medidas de rehabilitación cognitiva, los síntomas negativos mediante medidas de rehabilitación social, los síntomas afectivos con antidepresivos o estabilizadores del ánimo, etc.

Vertex: ¿Por qué el pueblo español tiene que gastar su dinero y su tiempo en un psiquiatra que, como usted mismo dijo, está en un hospital de una provincia periférica y se dedica a hacer análisis factorial y psiquiatría teórica en vez de ocuparse de cuestiones terapéuticas?

V. P.: Esa es una buena pregunta. Bien, primero una puntualización. Nosotros nos dedicamos a la investigación de forma no remunerada, se podría decir, incluso, altruista, aunque este es un concepto en el que no creo. Pero no nos dedicamos a la investigación *en vez de*, sino *además* de la labor clínica diaria. La razón exacta del interés por la investigación no la sé, pero creo que, parafraseando a Monod, hay un poco de azar y otro poco de necesidad. Como ves, cuando hay necesidad el término altruismo pierde sentido. El hecho de estar en una provincia periférica de España (y en un Servicio clínico no universitario) nos proporciona la tranquilidad necesaria para investigar sobre problemas clínicos reales o de nuestro interés, por estar relativamente al margen de las corrientes de poder y de presión. Nos interesó la esquizofrenia porque es una enfermedad a la vez devastadora y enigmática. Enigmática porque todavía no sabemos cómo definirla. Desde el inicio procuramos, con mi compañero, el Dr. Manuel Cuesta, abordar la enfermedad en toda su magnitud clínica, estudiando los síntomas de los pacientes de una manera muy amplia y sin prejuicios diagnósticos previos. Y, volviendo a los datos, nos dimos cuenta de que los síntomas que los pacientes refieren tienen una estructura interna, nos proporcionan una información que no está en los libros. Los pacientes no presentan síntomas al azar, manifiestan los síntomas que sus módulos cerebrales expresan. Esto nos permitió ver a la enfermedad desde una perspectiva muy amplia y comenzar a entender o a vislumbrar cómo surgen los síntomas en los pacientes, cómo se transforman, cómo se combinan entre ellos y -lo que es una cosa interesante desde el punto de vista clínico- nuestros análisis factoriales nos ayudaron a ver de nuevo a los pacientes, a verlos desde perspectivas ateóricas y desde la mera estructura interna de sus síntomas, de sus quejas, de sus déficits, sin el sesgo de conceptos o criterios diagnósticos.

Vertex: ¿No es justamente este fenómeno subversivo el que genera tantas resistencias a un cambio teórico-clínico que se presenta como necesario?

V. P.: Exactamente. Lo mencionamos brevemente al inicio de la entrevista, *es eso*. Partimos de modelos psicopatológicos y diagnósticos que no han sido demostrados empíricamente. Esa es la cuestión. Lo que hay que empezar es a ver los síntomas como son. Hay un trabajo maravilloso de Berrios en el que demuestra cómo, dependiendo de la perspectiva diagnóstica que tengamos de un paciente tendemos a ver unos síntomas y a dejar de ver otros. Cuando vemos un paciente con el diagnóstico de esquizofrenia, lo

que tendemos a ver son síntomas esquizofrénicos, y tendemos a dejar de ver síntomas depresivos, trastornos motores, fobias, angustia, etc.; esa es la cuestión, no ves todo lo demás. Por eso tenemos que aprender a acercarnos a los pacientes y a sus necesidades de una manera más ingenua y no contaminada por modelos teóricos o diagnósticos.

Vertex: *Mi inquietud aparece ante la evidente resistencia que hay frente a discutir activamente un tema tan de fondo como éste. Yo sospecho que el problema es que, en realidad, no sólo estamos hablando de cómo ver las enfermedades mentales sino de cómo ver la conducta humana en sí misma. Cuando yo me examino introspectivamente en forma dimensional me veo como un concierto de comportamientos y no como un comportamiento único, único. Me empiezo a entender más como una orquesta sinfónica –con todas sus disonancias– que como un instrumento solista. Esta perspectiva de uno mismo choca con la mayoría de las descripciones subjetivas que podemos encontrar en la literatura, el cine o la filosofía. Tengo la sensación de que este nuevo modo de entendernos, que puede parecer a priori mucho más anárquico, va a ser muy tranquilizador cuando llegue al público general. Es mucho más tranquilizador observar que yo puedo ser disonante internamente, complejo, incluso contradictorio, y no que tengo que ser precisamente armónico, único, para estar bien.*

V. P.: Por supuesto. Otro problema fundamental en la psicopatología y en la psiquiatría general es el del límite entre la normalidad y la patología. No hay un solo trastorno psiquiátrico –exceptuando quizás a las enfermedades neurodegenerativas– que no tenga sus raíces en la normalidad y que no plantee problemas de diagnóstico diferencial con la normalidad, entendida ésta en el sentido normativo. Es impresionante ver, en la esquizofrenia, cómo la estructura interna de los síntomas que se organizan en grandes dimensiones se reproduce en pacientes psicóticos no esquizofrénicos, en pacientes con trastornos de personalidad esquizotípica y en personas normales, sin trastornos de personalidad, en forma de rasgos esquizotípicos. Esto apoya lo que han sugerido muchos autores, hoy desgraciadamente olvidados, de que todas las manifestaciones psiquiátricas son formas de reacción preformadas en el cerebro que se desencadenan por múltiples factores (biológicos, sociales, psicológicos) y que esa estructura neurobiológica está presente en las personas normales. Resumiendo, desde la normalidad, pasando por los trastornos de la personalidad, hasta los grandes síndromes psiquiátricos no hay solución de continuidad.

Vertex: *Ante esto y su enorme producción no puedo dejar de hacerle una pregunta: ¿Lo han convocado para integrar el grupo de trabajo del DSM-V?*

V. P.: No, y lo que voy a decir lo publicáis si queréis. El sistema DSM es un complejo de intereses económicos, ideológicos y políticos y, en cierta medida, científicos. Representa la antítesis del conocimiento científico, es decir, propone la ciencia por consenso, y una visión a-histórica de la psiquiatría. Yo no sé por qué no me han llamado, pero eviden-

temente no es una cuestión que me quite el sueño. Por cierto, sería más sabio empezar la casa por los cimientos en vez de por el tejado y, a este respecto, necesitamos saber más sobre las unidades básicas de análisis, los síntomas, su agrupamiento sindrómico, la relación entre los síndromes y, por último, cómo estos síndromes deberían ser clasificados, tanto categorial como dimensionalmente. La primera labor del grupo de trabajo debería ser, por ejemplo, establecer definiciones de las unidades básicas de análisis, los síntomas. Algo que parece tan trivial pero que aún no se ha realizado. Esto, que parece poco útil para el gran entramado de intereses asociados a los meramente científicos, debería ser la primera labor del DSM-V: seleccionar y definir los materiales con los que cimentar el edificio nosológico.

Vertex: *¿Hasta qué punto esta estructura psiquiátrica actual o de la clínica psiquiátrica no está también auspiciada por una necesidad de marketing de los laboratorios? ¿Es posible que ellos sientan que un cambio de esta magnitud les haría muy complejo vender sus productos, que deberían rediseñar todo su marketing si empezáramos a pensar en forma más libre y pragmática nuestros problemas?*

V. P.: Sin ninguna duda el *statu quo* actual está apoyado por los laboratorios farmacéuticos. Pero los laboratorios están equivocados: podrían, con mucha menor inversión, apoyar otra visión totalmente distinta de la "ciencia" psiquiátrica pero, claro, ello chocaría con sus intereses de empresa privada, por lo menos a corto plazo.

Vertex: *Si hoy se quisiera reunir con colegas para discutir sus ideas: ¿con quién se sentiría cómodo y estimulado y con quién se sentiría incómodo?*

V. P.: Me sentaría a hablar con muchos colegas argentinos que he encontrado, que he conocido y que tienen una perspectiva psicopatológica muy distinta a la mía pero que están más interesados en los pacientes, en lo que les pasa y en sus necesidades, que en los modelos teóricos. En definitiva, me siento más a gusto con la actitud de adaptar las teorías a los pacientes, que con la contraria, de adaptar los pacientes a las teorías. Dentro del concierto mundial hay una persona que creo que va a revolucionar la psiquiatría de este siglo: Jim van Os¹. Jim es un psiquiatra holandés que está poniendo los pilares y re-evaluando las grandes aproximaciones psiquiátricas –categoriales y dimensionales– dentro del campo de la psicosis y, desde una perspectiva epidemiológica, nos está proporcionando una nueva visión de la etiología de las enfermedades mentales en términos de factores de riesgo. Dentro de las escuelas, creo que la escuela británica de Murray está haciendo aportaciones muy interesantes. Pienso

1. Hanssen M, Peeters F, Krabbendam L, Radstake S, Verdoux H, van Os J., How psychotic are individuals with non-psychotic disorders? Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2003 Mar;38(3):149-54. / Janssen I, Krabbendam L, Jolles J, van Os J. Alterations in theory of mind in patients with schizophrenia and non-psychotic relatives. Acta Psychiatr Scand. 2003 Aug;108(2):110-7.

que McGorry, en Australia, desde una perspectiva del estudio multifactorial y prospectivo de las manifestaciones iniciales de las psicosis, va a dar un vuelco a nuestra concepción nosológica y, probablemente, terapéutica de las psicosis.

Y ya que no me lo preguntáis me lo pregunto yo mismo. Muchas veces me he imaginado dialogando con Kraepelin, Hoche, Bleuler...

Vertex: ¿Y qué les diría?

V. P.: De Kraepelin siempre me impresionó el cambio que se produjo durante los últimos años de su existencia en su pensamiento psiquiátrico. Fue capaz de adoptar una visión crítica del trabajo desarrollado a lo largo de su vida y dar un vuelco a su sistema nosológico y publicarlo en su famoso artículo de 1920, "Las formas de manifestación de la locura", en el que empezó a cuestionarse realmente su sistema categorial dicotómico de las grandes psicosis y vislumbró una aproximación dimensional a las mismas. ¡Realmente se produjo un cambio de paradigma de la psiquiatría por y en la misma persona que había desarrollado el paradigma anterior! Algo asombroso y paradójico en la historia de la ciencia. Su sistema dicotómico de las psicosis endógenas nos ha llegado hasta la actualidad con pocas modificaciones y su postura crítica final con tal distinción apenas si ha tenido influencia posterior. Más específicamente, lo que me intriga de la revolución interior de Kraepelin son la honestidad científica y los mecanismos personales que se tuvieron que dar en este gran hombre para dar un giro copernicano a su sistema de pensamiento. Sobre estos mecanismos me gustaría hablar con el propio Kraepelin. Esta trayectoria contrasta con la de otros prohombres de la psiquia-

tría quienes, en vez de admitir las grandes fallas de sus modelos, los esconden o los reproducen *ad infinitum* en aras de sus teorías.

Vertex: ¿Qué hacemos mientras resolvemos estos apasionantes problemas? Nuestros pacientes siguen consultando y padeciendo las graves consecuencias que sus enfermedades –bien o mal definidas– producen. ¿Cómo damos una respuesta actual a un problema que va a estar resuelto, si somos optimistas, en un futuro, medianamente cercano?

V. P.: Una cosa es nuestra manera de entender lo que les pasa a los pacientes y otra cosa, muy distinta, son los mecanismos de los que nosotros disponemos para ayudar a nuestros pacientes. La mejor herramienta de que disponemos es nuestra actitud e interés por sus problemas, así como una posición científicamente honesta sobre lo que conocemos acerca de la naturaleza y los remedios disponibles para contrarrestar la enfermedad mental. Otra cuestión es si disponemos de los medios materiales para llevar a cabo esa labor. Aquí entran ya en juego factores de índole administrativa, de política sanitaria y económica, que varían enormemente de país a país o, incluso, dentro del mismo país. Por ejemplo, en España la prioridad en el tratamiento de las enfermedades mentales graves está centrada en la rehabilitación y en el apoyo institucional (centros de media y larga estancia, hogares protegidos, etc.). Y esto no se debe tanto a un problema económico, ya que habría medios, sino a un problema ideológico que venimos arrastrando durante tres décadas, que niega la realidad de la enfermedad mental y, por lo tanto, las necesidades de los pacientes ■

Selección de publicaciones del Dr. Peralta en los últimos tres años

- Peralta V, Cuesta M. Depressive disorder and depression within schizophrenia spectrum disorders: are they the same? *An Sist Sanit Navar*. 2002;25(Suppl 3):149-154. Spanish.
- Cuesta MJ, Peralta V, Gil P, Artamendi M. Psychopathological dimensions in first-episode psychoses. From the trunk to the branches and leaves. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2003 Apr;253(2):73-9.
- Peralta V, Cuesta MJ. Cycloid psychosis: a clinical and nosological study. *Psychol Med*. 2003 Apr;33(3):443-53.
- Cuesta MJ, Gil P, Artamendi M, Serrano JF, Peralta V. Premorbid personality and psychopathological dimensions in first-episode psychosis. *Schizophr Res*. 2002 Dec 1;58(2-3):273-80.
- Cuesta MJ, Peralta V, Zarzuela A, Calvo R, Garcia M, Serrano F. Neurological soft-signs in psychosis: threshold criteria for discriminating normal controls and for predicting cognitive impairment. *Schizophr Res*. 2002 Dec 1;58(2-3):263-71.
- Rosa A, Fananas L, Cuesta MJ, Peralta V, Sham P. 1q21-q22 locus is associated with susceptibility to the reality-distortion syndrome of schizophrenia spectrum disorders. *Am J Med Genet*. 2002 Jul 8;114(5):516-8.
- Peralta V, Cuesta MJ, Giraldo C, Cardenas A, Gonzalez F. Classifying psychotic disorders: issues regarding categorial vs. dimensional approaches and time frame to assess symptoms. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2002 Feb;252(1):12-8.
- Peralta V, Cuesta MJ, Martinez-Larrea A, Serrano JF. Patterns of symptoms in neuroleptic-naive patients with schizophrenia and related psychotic disorders before and after treatment. *Psychiatry Res*. 2001 Dec 15;105(1-2):97-105.
- Cuesta MJ, Peralta V, Zarzuela A. Are personality traits associated with cognitive disturbance in psychosis? *Schizophr Res*. 2001 Sep 1;51(2-3):109-17.
- Peralta V, Cuesta MJ. How many and which are the psychopathological dimensions in schizophrenia? Issues influencing their ascertainment. *Schizophr Res*. 2001 Apr 30;49(3):269-85. Review.
- Cuesta MJ, Peralta V, Zarzuela A. Effects of olanzapine and other antipsychotics on cognitive function in chronic schizophrenia: a longitudinal study. *Schizophr Res*. 2001 Mar 1;48(1):17-28. Review.
- Cuesta MJ, Peralta V, Zarzuela A. Reappraising insight in psychosis. Multi-scale longitudinal study. *Br J Psychiatry*. 2000 Sep;177:233-40.



A propósito de Morel y la *démence précoce*

Eduardo Luis Mahieu

Docente titular de Semiología Psiquiátrica e Historia de la Psiquiatría. Director del Seminario de Esquizofrenias, del Centro de Formación de Posgrado en Psiquiatría, Fac. de C. Médicas, Universidad Nacional de Córdoba

Como extenso comentario, podríamos calificarlo, en realidad de otro artículo, el Prof. Eduardo Mahieu, nos envía desde Córdoba una detallada búsqueda en los textos de Morel para ilustrar los orígenes del concepto de demencia precoz complementando lo ya publicado en el número anterior de Vertex. Pero hay otro hallazgo, fruto de su erudición, y es su señalamiento acerca de la Comunicación que realizó el Dr. Charpentier con antelación a la 8ª edición del Manual de Kraepelin. Agradecemos, entonces, al Prof. Mahieu sus valiosos aportes que esperamos sean seguidos por otros.

La Redacción

Como complemento a los artículos de Norberto Conti y Stagnaro aparecidos en Vertex (vol. XIV, no 53, 227, 234), vayan las notas siguientes:

Las dos obras fundamentales de B. A Morel son sus:

- *Etudes Cliniques, Traité Théorique et Pratique des Maladies Mentales*, editado en 1863 en Nancy (Grimbriet et Veuve Raybois Edit.) y en París (Victor Masson J.B. Bailliére), en dos tomos de 471 y 600 págs, cuando el autor era médico en jefe del Asilo de Alienados de Maréville, cerca de Nancy, y el

- *Traité des Maladies Mentales*, editado en 1860 en París (Victor Masson) en un solo tomo de 865 págs., cuando Morel se desempeñaba como médico en jefe del Asilo de los Alienados de Saint-Yon, en Sotteville-les-Rouen.

En ambas se encuentra la expresión "démence précoce", siempre con minúsculas que, nos apresuramos a puntualizar, no significó nunca la denominación de una entidad clínica, sino tan sólo un "estado" de transición, o de terminación de todas las enfermedades mentales, similar a la idiocia, imbecilidad y, a veces, a la *stupidité* (que no traduzco, para diferenciarlo de "stupeur", estado este más transitorio y reversible). Esos "estados" serían característicos, en especial, de la 4ª clase de su *Folie Héritaire*, y que corresponde a la 4ª generación de las familias degeneradas según su concepción de la *Folie héritaire á Evolution Progressive*, como ya veremos.

La clasificación de las enfermedades mentales en el *Traité* esencialmente etiológica, es muy simple, y consta de dos partes:

1ª Parte: Formas particulares de la locura dividida en cinco secciones:

1. *Alienaciones o locuras hereditarias.*

Es la Sección más larga y se subdivide en cuatro clases, correspondientes a las cuatro generaciones sucesivas de la locura hereditaria a evolución progresiva. La 4ª clase, terminal, corresponde a las "locuras hereditarias en el plano intelectual, físico y moral francamente caracterizado por anomalías mórbidas congénitas: imbecilidad, idiocia, cretinismo; amencia, *imbecillitas, ingenii, fatuitas ingenii, morososis, demencia innata, stupiditas...*" A esta clase pertenece el caso en el que utilizará dos veces la expresión "demencia precoz", y con el que comenzará la historia de la "demencia precoz entidad". Lo transcribiré *in extenso* más adelante.

2. *Alienaciones mentales por intoxicación.*

3. *Locuras histérica, epiléptica, hipocondríaca.* (En esta Sección se referirá largamente al "delirio de persecución" como una de las especies de la locura hipocondríaca).

4. *Locuras simpáticas.*

5. *Alienaciones o locuras idiopáticas* (Delirio agudo y parálisis progresiva).

2ª Parte: Demencia - Formas terminales (sólo dos páginas).

A continuación citaremos ordenadamente las veces que Morel empleó la expresión "demencia precoz (y demencia juvenil, antecesora de la hebefrenia de Kahlbaum-Heker, y que tampoco significó una entidad en el pensamiento de nuestro autor).

En *Etudes I*

- p. 37. "He tenido ocasión de mostrar a mis oyentes varios individuos, que, jóvenes aún, habían caído en el último grado de la imbecilidad y la demencia[...]. "[...] A los primeros momentos de la exaltación sucede bien pronto una depresión funesta y las más brillantes facultades no preservan contra esas causas deprimentes que conducen sordamente y casi sin transición a la demencia juvenil".
- p. 38. "Al lado de esos dementes precoces, de esos tipos de imbecilidad consecutiva [...]".
- p. 234-235. "La demencia, esa terminación fatal de las enfermedades mentales antiguas y a veces de ciertas fiebres tifoideas, aparece a menudo al comienzo de esas primeras afecciones bajo la influencia de sangrías exageradas o de tratamientos irracionales. Nuestro asilo encierra un número enorme de jóvenes de uno y otro sexo así caídos prematuramente en la demencia, y la denominación de demencia juvenil es casi tan a menudo empleada por nosotros como la de demencia senil".
- p. 361. "Cuando la exacerbación maníaca no termina, como sucede a veces, por una demencia precoz o por la muerte, termina siempre, como ya hemos dicho, por establecerse una especie de orden en ese desorden extremo".

En *Etudes II*

- p. 257-258. "Del estado designado bajo el nombre de *stupidité* [...] Transición precoz a la demencia, al idiotismo [...]".
- p. 290-292. "Se nos trae, hace algunos meses, un joven enfermo de 18 años... el padre de este joven alienado está afectado de una lipemanía hipocondríaca [...] el padre del joven alienado estúpido que es el sujeto de esta observación [...] Siguiendo la evolución de los hechos que han traído la extinción de esta familia, subrayamos:
A la 1ª generación: Inmoralidad - Depravación, exceso alcohólico Embrutecimiento moral.
A la 2ª generación: Ebriedad hereditaria - Accesos maníacos - Parálisis general.
A la 3ª generación: Sobriedad - Tendencias hipocondríacas - Lipemanía - Ideas sistemáticas delirantes - Tendencias homicidas.
A la 4ª generación: inteligencia poco desarrollada - Primer acceso de manía a los 16 años - *Stupidité* - Transición al idiotismo y, en definitiva extinción probable de la raza".
- p. 294-295 "[...] enfermos que parecen situados, en lo que respecta a la herencia sobre todo, fuera de la influencia fatal de las causas que hemos expuesto y que no dejan de llegar a la demencia [...] este estado de *stupidité* que termina por un verdadero idiotismo, es muy raramente un hecho primitivo [...] la transición tan rápida a veces a demencia más completa".
- p. 295. "La joven enferma de la que damos el retrato y cuya afección ha sido designada bajo los nombres de lipemanía primitiva, *stupidité*, transición a la imbecilidad [...] Serafina T., de 19 años [...] sumergida en un estado de *demi-stupidité*, hablaba sola, sonreía de una manera atontada [...] actos automáticos fueron los índices de una *stupidité* más pronunciada [...] la expresi-

sión de su cara es extraña, es difícil a primera vista saber si llora o si ríe". (*Nota:* el retrato ejemplo paradigmático de discordancia efectiva).

- p. 303. "Los alienados cuyo estado de *stupidité* se complica con actos automáticos, ofrecen un pronóstico desfavorable [...] no son más que una transición a la imbecilidad consecutiva y a la demencia con embrutecimiento".

En *Traité*

- p. 516. "En fin, la progresión siempre creciente (*Nota:* de la locura hereditaria progresiva, al llegar a la 4ª generación) nos será posible seguir la sucesión y el encadenamiento de los hechos de transmisión hereditaria hasta sus últimas ramificaciones patológicas, tanto desde el punto de vista de las degeneraciones del orden intelectual y moral, como de las degeneraciones del orden fisiológico: sordomudez, debilidad congénita de las facultades, demencia precoz [...] la naturaleza, librada a sus propios recursos puede encontrar en el entrecruzamiento de los individuos, elementos propicios de regeneración de la familia y de la especie".
- p. 526. "Además de las perversiones de los sentimientos que he señalado en estos enfermos, se distinguen bastante a menudo por una debilidad intelectual más grande, por una tendencia a delirar de una manera más general, y no es raro verlos caer en una demencia precoz".
- p. 532. "[...] muchos de esos hombres excéntricos han terminado miserablemente su existencia por el suicidio, por un debilitamiento progresivo de las facultades, por una especie de imbecilidad o de demencia precoz".
- p. 564-565. En estas páginas se encuentra la descripción del caso que dio origen a la equivocada opinión de que Morel había individualizado una entidad mórbida a la que llamó Demencia Precoz, y que es citada por Kraepelin, aunque recién en la 8ª edición de su Tratado (1907-1913, p. de la trad. Ingl.).
 "Es a este respecto que mis recuerdos se remontan con tristeza hacia un hecho de herencia progresiva que se reveló en una familia con los miembros de la cual yo había sido educado en mi juventud. Un padre infortunado me consultó un día sobre el estado mental de su hijo de 13 a 14 años de edad, y en el cual un odio violento para el autor de sus días había reemplazado súbitamente los más tiernos sentimientos. Este niño, cuya cabeza estaba bien conformada y cuyas facultades intelectuales sobrepasaban con mucho las de sus camaradas de estudios, me impresionó de entrada por una especie de detención del desarrollo de su talla. Sus primeras penas se referían a esta causa tan fútil en apariencia, y que estaba lejos de ser el punto de partida de las singulares anomalías de sus sentimientos. Estaba desesperado por ser el más pequeño de su clase, aunque fue siempre el primero en sus composiciones, y esto, sin esfuerzo y casi sin trabajo. Era por intuición, por así decir, que comprendía las cosas y que todo se ordenaba en su memoria y su inteligencia. Perdió insensiblemente su alegría, se volvió sombrío, taciturno y mostró tendencia al aislamiento. Primero se creyó que existían en él inclinaciones onánsticas, pero no había nada de eso. El estado de depresión melancólica del niño, su odio hacia su padre, llevado hasta la idea de matarlo, tenían otra causa. Su

madre estaba alienada, su abuela excéntrica en último grado. Ordené la interrupción de los estudios de este niño y su aislamiento en una institución hidroterápica. Los ejercicios gimnásticos, los baños, el trabajo manual, debían entrar en las nuevas condiciones higiénicas de su existencia. Estos medios fueron empleados con perseverancia e inteligencia bajo la dirección de un médico tan sabio como esclarecido, el Sr. Dr. Gillebert d'Hercourt, y una modificación de las más felices se cumplió en el estado orgánico del niño. Creció considerablemente, pero otro fenómeno, tan inquietante como los de los cuales he hablado, vino a dominar la situación. El joven enfermo olvidó progresivamente todo lo que había aprendido, sus facultades intelectuales tan brillantes sufrieron una detención muy inquietante. Una especie de torpor vecino del "hébètement" reemplazó la actividad primera, y, cuando lo volví a ver, juzgué que la transición fatal al estado de demencia precoz estaba en vías de operarse [...] Tal es, en mucho casos, la funesta terminación de la locura hereditaria. Una inmovilización súbita de todas las facultades, una demencia precoz, indican que el joven sujeto ha alcanzado el término de la vida intelectual, de la que puede disponer. Entonces es designado bajo el nombre de *imbécil*, de *idiota*. Estos tristes representantes de las degeneraciones en la humanidad forman la 4ª clase de nuestras locuras hereditarias".

Este largo párrafo, cierra el desarrollo de la tercera clase de las locuras hereditarias, cuya síntesis introductoria reza "locuras hereditarias a existencia intelectual limitada. Tendencias precoces e innatas para el mal. Transición al idiotismo más irremediable bajo la influencia de ciertas causas intercurrentes [...] transición precoz al idiotismo facultades iniciales brillantes, idiotismo consecutivo".

Pero si bien Morel no elevó a la categoría de entidad a la demencia precoz, quien sí lo hizo fue Charpentier en 1890 (tres años antes de que Kraepelin mencionara por primera vez la Dementia Praecox, en la 4ª edición de su Tratado). En el primer Congreso de Medicina Mental de los alienistas franceses, celebrado en Rouen en 1890, el hoy injustamente olvidado psiquiatra de Bicêtre presentó su comunicación sobre "las demencias precoces", en plural, (como también lo hizo Bleuler en 1911 con su obra fundacional "Dementia Praecox o el grupo de las esquizofrenias"). Kraepelin nunca citó a Charpentier, aunque sí a otros alienistas franceses, Christian y Masselon, quienes, en 1900, introdujeron las ideas del maestro de Munich en Francia, pero sí citó a Morel, sólo recién en la 8ª edición de su tratado de 1909-1913. Arnaud, en el Tratado de Gilbert Ballet de 1903, en la Sección Demencias Vesánicas (que subdivide en Tardía y Precoz, agregando a esta última: (Hebefrenia), puntualiza que "Charpentier indica once variedades de demencia precoz (igualmente Kraepelin, en la 8ª, al separar las parafrenias de la Dementia Praecox también indica once formas de esta última). La epilepsia, la histeria, la sífilis, el traumatismo, más raramente el alcoholismo, pueden ser su causa determinante, en estos diferentes casos la demencia precoz es *intomática* y se distingue únicamente por la época de su aparición de la demencia consecutiva a las mismas afecciones, pero desarrollada tardíamente. En otros casos se muestra en sujetos hasta allí normales o que por lo menos no presentaban una afección mental o nerviosa caracterizada; es la consecuencia inmediata y temprana de un trastorno mental de naturaleza variable. Es la *demencia precoz idiopática*, la

única que examinamos aquí. Es precoz porque afecta a los jóvenes, y también es precoz porque sucede rápidamente al trastorno mental inicial, que es incluso apreciable desde el comienzo; de tal suerte que se la puede llamar *primitiva* tanto como consecutiva y terminal [...] El comienzo es variable". En un pequeño número de casos no se observa ningún delirio, las facultades bajan progresivamente, (Bourneville, Charpentier, Kraepelin, Christian); es el estado que Charpentier llama la *demencia precoz simple de los niños normales*. Chaslin, en sus "Elementos de Semiología y Clínica Mentales" de 1912, en nota al pie del inicio del Capítulo XIII: "Grupo provisorio de las locuras discordantes" nos dice que "recordaré que uno de mis predecesores en Bicêtre, el Dr. Charpentier, ha sido uno de los primeros en Francia en retomar la cuestión, que dormitaba desde Morel, y a dar una descripción que aún puede leerse con fruto", para continuar luego plegándose a las concepciones kraepelinianas, con algunas modificaciones. Después, el silencio, ni Zilboorg, ni Ey, ni Garrabé ni Berrios lo citan. Lamentablemente no he podido conseguir hasta ahora, la comunicación original de Charpentier.

Próximamente me referiré a un antecedente que considero importante: la descripción por Ball de los cuatro períodos o fases de la Demencia Vesánica, en sus "Lecciones sobre las Enfermedades Mentales" de 1880-1883, pero que hace remontar a sus lecciones orales de 1875-1876, anteriores a la creación de la Cátedra de Enfermedades Mentales y del Encéfalo en 1879 en Ste. Anne, y de la que fue su primer titular ■

Bibliografía

- Arnaud, (in Gilbert Ballet: *Traité de Patologie Mentales*. Doin, Paris 1903)
 Ball, *Traité des Maladies Mentales*. Asselin, Paris 1880-1883
 Baruk, *La Psychiatrie Française de Pinel á nos jours*. P. U. F Paris 1967
 Bercherie, *Les fondements de la Clinique*. Seuil, Paris 1980
 Berrios, *A History of Clinical Psychiatry* NY University Press 1995
 Berrios, *The History of Mental Symptoms*. Cambridge University Press 1996
 Callebat, *Histoire du Médecin*. Flammarion, Paris, 1999
 Constant, Introduction a la Vie et á l'oeuvre de B. A Morel. *Confront. Psy.* N° 11. 1973
 Chaslin, *Elements de Sémiologie et Clinique Mentales*. Asselin et Houzeau, 1912
 Ey, EMC Psychiatrie 37005 A 10 -- 37281 A 10, Paris 1955
 Ey, *Etudes Psychiatriques*. Deselée de Brower, Paris 1948 -60-53
 Ey, *Traté des Hallucinations*. Masson Paris 1973
 Ey, *Notion de Schizophrenie*. DDB, Paris 1977
 Garrabé, *Histoire de la Schizophrenie*. Seghers, Paris 1992
 Kraepelin, *Trattato de Psichiatria*. Vil Edizione - Vallardi, Milano (sin fecha)
 Kraepelin, *Dementia Praecox and Paraphrenia*. 811, Krieger, New York 1971
 Lanteri-Laura, Démence. Esquisse d'une lexicographie historique. *Confront. Psy* 1991
 Mora, "Historical and Theoretical, Trends in Psychiatry" in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Kaplan, Freedman, Sadock, Baltimore 1980
 Morel, *Etudes Cliniques*. 1853
 Morel, *Traité des Maladies Mentales*. 1860
 Semelaigne, *Les pionniers de la psychiatrie française*. Baillière, 1930-32
 Zilboorg, *Historia de la Psicología Médica*. Hachette, Buenos Aires, 1945

In memoriam

David Liberman (1920-1983)

Recientemente se conmemoraron los 20 años de la desaparición del eminente psicoanalista argentino David Liberman. Deseando participar del homenaje a quien nutrió con su pensamiento la corriente de la psiquiatría dinámica en nuestro país, la redacción de Vertex convocó a dos destacados psicoanalistas porteños pertenecientes a la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (APdeBA) quienes nos aportan una evocación de ese gran maestro del psicoanálisis argentino.

"...Yo ya me había recibido... y, con mi novia y su familia caímos a comer a un restaurante donde un pianista ejecutaba música de fondo: David era el ejecutante. Me acerco y lo saludo. Me responde el saludo contento ante mi presencia y enseguida me cuenta –mientras seguía tocando– que a la madrugada del día siguiente tenía que rendir Toxicología. Al levantar la vista para dirigirla a la partitura mis ojos reconocen, en cambio, el libro abierto de esa asignatura..."

(palabras más o menos, Mauricio Goldemberg me contó esta enternecedora anécdota en Caracas en Febrero de 1993).

David Liberman, maestro

Existen múltiples modelos de "maestro". Y así, nuestra identidad científica se va forjando en la fragua de esos personajes tan significativos que cada cuál contiene en el acervo de sus *series complementarias*. Recordemos tan solo la decisiva impronta que las enseñanzas de Charcot dejaron en el joven Freud: prototipo de maestro imponente, carismático, vidente ("visuel") y de una seguridad arrolladora: "*La théorie, c'est bon, mais ça n'empêche pas d'exister*" (A.E. Tomo 3, Pág. 3).

David Liberman no poseía esos rasgos naturalmente carismáticos. No respondía a ninguno de esos modelos de "autoridad". Tampoco ostentaba una figura garbosa y ni siquiera fascinaba con las dotes de un orador elocuente: su dicción a veces se dejaba traicionar por el desfase entre el vértigo de su pensamiento creativo y las lógicas limitaciones de su humano aparato de fonación.

Sin embargo, no se cuestiona que fue un verdadero maestro. No cabe duda que lo fue; y se podría agregar que de los grandes, de los que más



gravitaron en un medio psicoanalítico como el nuestro, tan pródigo de reconocidos pensadores y maestros. Pero, exento de las pequeñas vanidades o ambiciones de poder, su liderazgo se asentaba mayormente en su inagotable creatividad y su contagioso entusiasmo por generar ideas y transmitir saber. Por eso como maestro tuvo "discípulos", y no "seguidores"; diferencia nada desdeñable.

En este mismo orden, lejos de ejercer la enseñanza como una postura jerárquica, y fiel a la trayectoria de su propio maestro, Enrique Pichón Rivière, encaraba la enseñanza como un proceso en "espiral dialéctica" donde el par "enseñar-aprender" se configura en una entidad indisoluble.

Algunos datos biográficos

David nació en Buenos Aires en 1920 y falleció el 30 de Octubre de 1983, precisamente el día en que el país retornaba a la democracia luego de una larga y sangrienta dictadura.

Era el hermano del medio de los tres hijos del matrimonio Liberman; entre Rosita y Bernardo. Su madre, de origen polaco, murió joven; y su padre, que había nacido en Safed, Palestina, bajo el dominio otomano fue el que con su orquesta "Sam Liberman" de música judía alcanzó notoriedad animando durante décadas las celebraciones de su colectividad. David conoció a Fedora a los 19 años y se casó con ella a los 25. Alex, periodista y Diana, médica y psicoanalista, fueron producto de ese feliz matrimonio. Desde el colegio primario hasta su muerte fue amigo entrañable de León Grinberg con quién compartía en la adolescencia la lectura de Freud. En la Facultad de Medicina, otro compañero, Ludovico Rosenthal –que luego sería traductor de gran parte de las Obras Completas de Freud– conectaría a ambos amigos con la Asociación Psicoanalítica Argentina, para ese entonces, recientemente fundada. Allí tomó contacto con el que será luego su analista y, a mi juicio, el que influyó mayormente en el rumbo de sus cualidades como analista y como pensador y autor del psicoanálisis: Enrique Pichón Rivière. En cambio, de su padre heredó un finísimo oído musical que evolucionó hacia su pasión por el jazz moderno, que si bien era poco apreciado por sus hijos –según testimonio de Alex– lo era, sin embargo, por algunos amigos músicos, como el renombrado "Mono" Villegas.

El mayor peso de su personalidad científica no le impidió ocuparse también de tareas políticas y prácticas. Es así que ocupó lugares en todos los estamentos de las tareas institucionales que le fueron demandadas. Presidente de APA y luego de APdeBA, y vicepresidente de la Asociación Psicoanalítica Internacional, entre muchas otras. Yo mismo fui

testigo de su actitud sensata y moderada en el tormentoso proceso de división de la APA, que llevó a la fundación de ApdeBA en la década de los años 70.

*Sentido y visión panorámica de su obra*¹

Aunque David Liberman no lo enunciara explícitamente, de la ponderación en perspectiva del conjunto de sus aportes se percibe –en mi opinión– el firme propósito de sustraer la clínica psicoanalítica de la tendencia al cliché, el adoctrinamiento y la mistificación oracular; riesgos a los que la exponían la peculiaridad de su práctica, la diversidad teórica y su relativo aislamiento del mundo científico-académico. En contraste, y para sustraerse de esos riesgos, su obra trasunta la búsqueda del mayor resguardo posible por la singularidad de cada paciente acorde a su respeto irrestricto por la diversidad humana. En su concepción del psicoanálisis, aunaba en forma inextricable la clínica, la investigación y el rigor metodológico. Para él la sesión y el proceso –en síntesis– la clínica psicoanalítica eran el punto de partida de toda indagación. Entendía que la división entre la metapsicología, la psicopatología y la clínica derivaban de la metodología científica en que se sustenta la medicina que habían adoptado los teóricos del psicoanálisis; y se alineaba, en cambio, con quienes pretendían para la disciplina un método propio basado en su peculiar “base empírica”. Casi se podría afirmar desde esta perspectiva, que *el sentido de su obra* consistió en un serio intento de sistematizar la clínica psicoanalítica a partir de esos valores –singularidad y tolerancia a lo diverso– con la mayor precisión y el mayor rigor científico que nuestra disciplina admite. En el marco de esta postura, su obra abarca un proceso creciente de reformulaciones a medida que las disciplinas auxiliares le fueron brindando los instrumentos conceptuales apropiados. Así, en 1946, aplica el método historiográfico de Ranke a la clínica en su *Semiología Psicósomática*, (Liberman, 1947). En 1962, en *La Comunicación en Terapéutica Psicoanalítica* utiliza la teoría de la comunicación, especialmente los aportes de Ruesch (1957) para clasificar los distintos tipos de *Persona* por su modo de comunicación con el interlocutor correlacionándolo con las fases del desarrollo de la libido (Freud [1905, 1933], Abraham [1924]) y las ansiedades paranoicas y depresivas (M. Klein, 1952), para precisar los afectos dominantes en cada estructura clínica. Más adelante recurre a Ch. Morris (1962) para agrupar y sistematizar a los analizandos, desde las distorsiones objetivables a partir de las áreas semióticas; y más adelante al temprano N. Chomsky (1965) de las “estructuras superficiales” (fonológicas) y “profundas” del lenguaje para que la Gramática Generativa sirva a la evaluación de las disposiciones a la “reparación”. Luego, los “factores” y “funciones” de la comunicación de Román Jakobson (1960) le permiten formular su doctrina de “los estilos”. Esta doctrina de los estilos incorpora en su fase final el desarrollo de las nociones de “complementariedad estilística”, “funciones del Yo” y el “Yo idealmente plástico”. En los últimos años de su producción retoma el temprano interés por el padecimiento psicósomático a través de la caracterización del “paciente so-

breadaptado” (Liberman y col., 1982). Y así, en la plenitud de su imponente capacidad productiva, su prematura y cruel muerte interrumpe una obra científica en desarrollo de inimaginable potencialidad.

Samuel Arbiser

La obra de Liberman y su relación con la música

Cuando se llega a cierta altura de la propia vida, pasado ya el *mezzo del cammin* que menciona el Dante, es casi inevitable que participar en el homenaje que se le tributa a una persona fallecida ponga de manifiesto el tipo de relación que se mantuvo con ella, el papel que el que aún vive atribuyó en su momento al muerto y lo que de todo eso queda, el significado, los efectos perdurables de la interacción entre ambos, y la valoración retrospectiva que se hace del conjunto. En suma, quién fue y quién es el fallecido para uno, y que de lo que recordamos haber hecho juntos permite alguna inferencia sobre lo que pudimos haber sido para él. Si, como se dice, cualquier cosa que uno escriba tiene siempre algo de autobiográfico, esto habrá de ocurrir no importa a que aspecto de la vida u obra del fallecido uno se remita en el homenaje.

Me toca hoy participar en un acto que yo quiero que sirva no sólo para evocar el recuerdo de la persona que fue mi analista, sino para afirmar el valor de su obra y su vigencia en la actualidad. Lo haré “a mi manera”, siguiendo este rumbo que vengo de esbozar.

Puedo decir que mi primer contacto con Liberman tuvo lugar a comienzos de 1963, mientras tramitaba mi diploma de médico, tras aprobar los últimos exámenes de la carrera en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, y fue por medio de un libro que un gran amigo mío me regalo con motivo de mi cumpleaños: el libro era-es: *La comunicación en terapéutica psicoanalítica* editado por Eudeba hacía poco, con una dedicatoria en la que mi amigo me deseaba un buen futuro en la especialidad, a la que había empezado a inclinarme cuando todavía no sabía que finalmente me dedicaría a ella. En aquel momento yo ignoraba absolutamente las formas que el destino iría a tomar: el cuándo, el cómo, y el cuánto tendría yo que ver con Liberman era algo que recién comenzaba. Pasado el tiempo puedo decir, no sin sentirlo espontáneamente como una ocurrencia algo irracional, que hubo ciertos hechos que con intervalos aproximados de veinte años marcaron en mi vida hitos de esa relación.

Veinte años después de ese primer “encuentro” con su obra, Liberman fallecía y era velado en APdeBA, mientras afuera sonaban los cánticos y la algarabía general por la recuperación de la democracia en la Argentina. Por su gran poder de síntesis recuerdo el comentario de otro amigo en el momento mismo en que se llevaban sus restos: “estos son los momentos en que una sesión con David se vuelve necesaria”, dijo al abrazarme. Este enunciado, tan al estilo del típico humor tragicómico judío, hubiera encantado a David. También recuerdo que un tiempo después, cuando salíamos con Elena Evelson de un acto en su homenaje realizado en la Sociedad Hebrea Argentina y escuchábamos música de jazz proveniente de algún lugar cercano, ella me dijo: “esto le hubiera gustado a David para su velorio”. Yo creo que su observación era atinada por-

1. Parágrafo reducido y, con algunas modificaciones, del capítulo “David Liberman” escrito en el libro *Grandes Psicoanalistas Argentinos*, compilado por Roberto Doria Medina, Lumen 2001, Buenos Aires.

que como todos sabemos David tocaba y amaba el jazz y eso hubiera sido un velorio al estilo de New Orleans, pero también porque su propio origen abrevaba en ese judaísmo laico y un poco irreverente que llevó al gran escritor Sholem Aleijem a pedir a sus descendientes que en los aniversarios de su fallecimiento no se reunieran a llorar sobre su sepultura sino a leer alguno de sus famosos cuentos humorísticos. Pocos meses más tarde, y por invitación de la Revista de la Escuela de Psicoterapia para Graduados (1984, 9, 12) escribí un primer obituario de Liberman, del que me interesa extraer algo de lo que pensé entonces para desarrollarlo ahora mejor, otros veinte años después y en la APDeBA del 2003 en que un Liberman sigue siendo necesario. Los veinte años que van de 1963 a 1983 fueron para mis años de formación, los del pasaje de la pediatría a la psiquiatría y al psicoanálisis, en los que analizarme con Liberman fue una experiencia fundamental. Pero para poder retomar lo escrito entonces y explicarlo ahora, dejando que cobre presencia en mis palabras lo que aprendí de esa experiencia emocional, fueron necesarios los años siguientes, los años de la maduración.

Lo que dije en aquella oportunidad es lo que sigue: "Muchas veces, en ese prolongado lapso [*de tratamiento*], se me ocurrió pensar que su forma de concebir y ejercer el psicoanálisis lo hacía acreedor, con justicia, al título de *magister ludi*, con que Herman Hesse designa al protagonista de su recordada y famosa novela "El Juego de Abalorios". A mi juicio Liberman había alcanzado tal grado de profundo conocimiento de los principales aportes a la teoría psicoanalítica que parecía manejarlos cómodamente como los diferentes registros de un saber universal, o como quien es capaz de seguir con seguridad un tema con sus variaciones a través de notaciones distintas. Sabía también acompañar la ejecución de ese noble juego en sus distintas evoluciones con el cuidadoso rigor del científico que siempre trató de ser".

La importancia que el hecho de haber recibido educación musical y haber sido músico tuvo para Liberman es evidente y hay comentarios y trabajos que lo mencionan explícitamente². Lo que yo me propongo es aclarar y expandir lo que creo haber captado (palabra que Liberman usaba a menudo) en su forma de trabajar y muy particularmente en su manera de escuchar: seleccionar la parte del material de la que decidía ocuparse, y la manera en que finalmente formulaba su interpretación. Para eso la referencia al juego de los abalorios puede ser útil. Hesse cuenta en su ficción que el juego efectivamente comenzó siendo de abalorios, cuentas de vidrio de tamaño, forma y colores diversos; los alambres que las sostenían correspondían a las líneas del pentagrama y las cuentas a los valores de las notas "con las que se construían, variaban, transportaban, desarrollaban, cambiaban, citas musicales o temas inventados y se contraponían a otros". Pero el desarrollo del juego llevó a que comenzara a ser empleado por casi todas las ciencias, "poco después comenzó a trabajar con este método la filología y a calcular figuras idiomáticas en la misma forma en que la física calculaba procesos naturales". Gracias a su poder de universalidad el juego se expandió hasta pasar a constituir una lengua con múltiples posibilidades y quien las dominara al jugar sería el *magister ludi*.

2. Dupetit (*Psicoanálisis*, 1985, VII, 1-2, 12); Zac (*loc. cit.*, 37); Is-saharoff (2003, *Revista de la SAP*, 6, 104).

Hasta aquí, entonces, la ficción. En la realidad de las muchas horas de análisis que pasamos juntos, no todo para mí fue estar atento a la interpretación por el uso que eventualmente podía dar a su contenido. Si pensé en la figura fantaseada de un *magister ludi* (maestro del juego), creo que puedo explicar hoy, con un poco más de detalle, lo que puede ser una abstracción de una serie de disposiciones, capacidades, voluntad, y habilidad práctica para encontrar los mejores medios de aplicar a situaciones concretas un amplio registro de conocimientos teóricos, producto de una silenciosa decantación de las innumerables alternativas del proceso psicoanalítico. Es llamativo, pero no debe sorprender a nadie, que coexistieran en la labor de Liberman la aspiración al rigor científico tanto en la formulación de sus teorías como en su implementación clínica, con el elemento lúdico, la variación sobre un tema, la improvisación, la sorpresa, la alteración de un ritmo o el cambio de tiempos, la producción de un desconcierto buscado o de un concierto necesario pero inexistente. Le cabe a Liberman este nombre de maestro del juego porque se necesita de la maestría que se alcanza por el riguroso entrenamiento y el cuidado que se pone en lo que se hace para que el producto final aparezca como fruto de la espontaneidad y de la mayor libertad para pensar y actuar. Creo que es muy posible que Liberman no haya pensado nunca en que podría ser denominado así. También creo que a mí se me ocurrió hacerlo porque me acostumbré a percibirlo en acción conmigo y eso me inculcó cierta capacidad de abstraer patrones de acción y estrategias posibles que desde entonces me vienen sirviendo en mi propio trabajo y me sirven de estímulo en el intento de mejorar mi propio rendimiento como analista. Me parece que de la labor de Liberman no sólo podemos decir lo que él mismo sostuvo en su obra escrita, como por ejemplo que "*el insight, como resultado de la elaboración psicoanalítica inconsciente, está asentada en el postulado de Chomsky acerca del grado de gramaticalidad, competencia y actuación en los que los componentes semánticos y sintácticos se originan por la creatividad del paciente-hablante como inventor de su propia lengua*". Creo que la creatividad tanto del paciente como del analista, tal como se pone de manifiesto a través de las interacciones en la sesión analítica, hunde sus raíces en una capacidad no menos rica que la del lenguaje hablado, que es la capacidad de creación musical que Liberman estaba muy acostumbrado a reconocer. Sabemos que le prestaba gran atención a todo lo para-verbal, a los componentes prosódicos y fonológicos de todo lo dicho en sesión, porque allí encontraba los indicios de la operación de las fantasías inconscientes más primitivas. Pero estos quizás sean para todos nosotros los aspectos de su trabajo más reconocidamente vinculados con sus estudios musicales. Tengo para mí que posiblemente se puedan detectar en su modo de trabajar otros elementos igualmente vinculados con la música aunque menos reconocibles. Por de pronto, escuchar todas las voces que es capaz de hacer escuchar una sola persona. Luego, escuchar todas las voces provenientes de ambos miembros de la pareja analítica. Encontrar el momento y el tono adecuado para interpretar, esto es dar entrada a la voz terapéutica. Decidir si la sesión transcurrirá como un canon, o una fuga, o cualquier otra forma musical. O si se tratará de una *jam session*. Y por último, como en la música de cámara, la sobriedad, la concentración, la economía de medios, el magno descubrimiento de la grandiosidad de lo íntimo.

Como en el juego de la ficción de Hesse, la maestría de

Lieberman consistía, a mi juicio, en la posibilidad de reconocer en cualquier enunciado o en cualquier acción su pertenencia simultánea al psicoanálisis, a la lingüística o a la música, o aún al dominio de otras ciencias. Aprendí de Lieberman que la pertenencia a esos variados dominios es natural y que no debemos pretender imponer la hegemonía de uno sobre los otros sino encontrar sus puntos de intersección y buscar en ellos los elementos más útiles para la labor analítica, que quizá podemos imaginar como un "juego de abalorios" más próximo a nosotros. Al igual que en mi nota de 1984, dejé para el final una cita poética que

sigo creyendo que resume bien la preocupación de Lieberman por la precisión y a la vez por la sencillez y la falta de ampulosidad. Juan de Mairena propone un ejercicio a su alumno: "Sr. Pérez, por favor ponga Vd. en lenguaje poético esta frase: *Los eventos consuetudinarios que acaecen en la rúa*". Y a través de Pérez responde Antonio Machado: "lo que pasa en la calle" ■

Samuel Zysman

(de la "Jornada de homenaje al Dr. David Lieberman"
APdeBA, 15 de noviembre de 2003).

Índice alfabético de autores

Volumen XIV, 2003

- Agrest, M., Nemirovsky, M., *Definición de treinta indicadores de calidad para sistemas locales de Salud Mental en el sector privado*, N° 51, pág. 72.
- Agrest, M., Nemirovsky, M.
- Albanesi de Nasetta, S., *La enfermería como profesión de riesgo*, N° 54, pág. 280.
- Allegri, R., Ver Butman, J.
- Blanco, M.F., Ver Vairo, M.C.
- Boullosa, O., Ver López-Mato, A.
- Butman, J., Taragano, F., Allegri, R., *Herramientas neuropsicológicas en el estudio de la depresión*, N° 53, pág. 165.
- Cereseto, M., Ferrero, A., *El mecanismo de acción de los antidepresivos a la luz de la teoría genómica de la depresión*, N° 51, pág. 30.
- Cetkovich-Bakmas, M.G., *El diagnóstico precoz de las Psicosis Esquizofrénicas*, N° 53, pág. 199.
- Conti, N.A., *Benedict Augustin Morel y el origen del término Demencia Precoz*, N° 53, pág. 227.
- Crispo R., Ver Torrente, F. M.
- Dabi, E., Matusevich, D., Finkelsztejn, C., *Trastorno Depresivo Mayor en pacientes mayores de 60 años que realizan tentativas de suicidio*, N° 52, pág. 124.
- Dabi, E., Ver Matusevich, D.
- Dabi, E., Ver Ruiz, M.
- David, S., Ver Tamayo, J.
- de Erausquin, G. A., *Mecanismo de Acción Molecular de los Neurolépticos*, N° 51, pág. 36.
- De Robertis, E.D.P., Stanley Bennett, H., *Algunos aspectos de la morfología submicroscópica de la sinapsis en ranas y lombrices*, N° 51, pág. 65.
- Donnoli, V.F., Bonanni, M., Cristiani, P., *El significado de los rasgos obsesivos de personalidad* N° 53, pág. 219.
- Faccioli, J., Ver Ruiz, M.
- Ferrero, A., Ver Cereseto, M.
- Finkelsztejn, C., Ver Dabi, E.
- Finkelsztejn, C., Ver Matusevich, D.
- Finkelsztejn, C., Ver Matusevich, D.
- Finkelsztejn, C., Ver Ruiz, M.
- Finkelsztejn, C., Ver Vairo, M.C.
- Folino, J.O., Marchiano, S.E., Sanchez Wilde, A., *Suicidios en convictos bonaerenses*, N° 54, pág. 286.
- Gabay, P.M., *La promesa de la ciencia. El poder de curar. 156° Congreso Anual de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA)*, N° 53, pág. 235.
- Garrabé J., Ruiz, M., Dabi, E., *Aspectos prodrómicos de la esquizofrenia*, N° 53, pág. 193.
- Gorodisch, R., *"Bordando condiciones de más dignidad"*, *Entrevista a Salvador Celia*, N° 54, pág. 299.
- Guardo, G., Ver Nemirovsky, M.
- Hume, D., *Sobre el suicidio y otros ensayos*, N° 52, pág. 152.
- Illa, G., Ver López-Mato, A.
- Ingratta, R., Ver Zonis de Zukerfeld, R.
- Intebi, A., Zonis de Zukerfeld, R.
- Leiderman, E.A., *Indicadores tempranos de esquizofrenia ¿Podremos predecir la enfermedad?*, N° 53, pág. 213.
- Linetzky, L., Ver Manfredi de Poderoso, C.
- Lista Varela, A., *Serotonina y tratamientos antidepresivos: nuevas consideraciones sobre el mecanismo de acción terapéutica*, N° 51, pág. 25.
- López-Mato, A., Rovner J., Vieitez, A., Illa, G., Boullosa, O., *Estudio abierto randomizado sobre el uso de Ranitidina a diferentes dosis para el control del aumento de peso asociado a la administración de Olanzapina*, N° 52, pág. 85.

- Lugo, F., Ver Tamayo, J.
 Manfredi de Poderoso, C., Linetzky, L., *Pánico y agorafobia: las conceptualizaciones freudianas y el DSM IV*, N° 51, pág. 16.
 Marchiano, S.E., Ver Folino, J.O.
 Matusevich, D., Finkelsztejn, C., Dabi, E., *Tentativas de suicidio en la vejez: Datos del Hospital Italiano de Buenos Aires*, N° 52, pág. 119.
 Matusevich, D., Finkelsztejn, C., Vairo, M.C., *Demencia, tentativas de suicidio y suicidio. Estudio de casos*, N° 52, pág. 128.
 Matusevich, D., *Análisis cualitativo de ocho notas suicidas en la vejez*, N° 52, pág. 141.
 Matusevich, D., Ver Dabi, E.
 Matusevich, D., Ver Ruiz, M.
 Matusevich, D., Ver Vairo, M.C.
 Montanelli, R., Nemirovsky, M.
 Morel, B.A., *Estudio clínico sobre las enfermedades mentales, (fragmentos)* N° 53, pág. 232.
 Nemirovsky, M., Guardo, G., Rosenstein, M., Agrest, M., Tkach, J., Montanelli, R., *Características epidemiológicas y de la atención de los pacientes internados psiquiátricamente en una Empresa de Medicina Prepagada en la Ciudad de Buenos Aires*, N° 54, pág. 292.
 Nemirovsky, M., Ver Agrest, M.
 Pacheco, A., Ver Tamayo, J.
 Ramos Mejía, J.M., *Los simuladores del talento. La expansión individual*, N° 54, pág. 305.
 Retamal Carrasco, P., Ver Strejilevich, S.
 Rosenstein, M., Nemirovsky, M.
 Rovner J., Ver López-Mato, A.
 Ruiz, M., Dabi, E., Vairo, M. C., Matusevich, D., Finkelsztejn, C., Faccioli, J., *Notas Suicidas en Pacientes Mayores de 65 Años: Estudio Comparativo (Datos Preliminares)*, N° 52, pág. 134.
 Ruiz, M., Ver Vairo, M.C.
 Saidón, P., *Mecanismo de Acción de las Drogas Antiepilepticas*, N° 51, pág. 53.
 Sanchez Wilde, A., Ver Folino, J.O.
 Serrano Osés, F., *Los signos neurológicos menores en la esquizofrenia*, N° 53, pág. 206.
 Solórzano, L., Ver Tamayo, J.
 Stagnaro, J.C., *La clínica del proceso suicida en los ancianos y recomendaciones para su prevención. Una revisión bibliográfica*, N° 52, pág. 146.
 Stagnaro, J.C., *Sufrimiento y salud mental en la crisis social*, N° 54, pág. 263.
 Stanley Bennet, H., Ver De Robertis, E.D.P.
 Strejilevich, S., Retamal Carrasco, P., *Percepción del impacto y el proceso diagnóstico del trastorno bipolar en personas en tratamiento en centros de Argentina y Chile*, N° 54, pág. 245.
 Tamayo, J., David, S., Pacheco, A., Lugo, F., Solórzano, L., *Propuesta para América Latina de un algoritmo para el manejo de pacientes agitados con olanzapina y su transición a la vía oral*, N° 51, pág. 5.
 Tenconi, J.C., *El abordaje de las crisis. Urgencias y emergencias en la psiquiatría de enlace*, N° 52, pág. 97.
 Tkach, J., Nemirovsky, M.
 Torrente, F.M., Crispo R., *Tratamiento grupal de la bulimia nerviosa y trastornos asociados. Resultados de un dispositivo psicoeducativo y cognitivo-conductual*, N° 52, pág. 103.
 Vairo, M.C., Ruiz, M., Blanco, M.F., Matusevich, D., Finkelsztejn, C., *Adolescentes y comportamiento suicida. Factores de riesgo (Revisión Bibliográfica y Estudio Descriptivo-Analítico)*, N° 53, pág. 179.
 Vairo, M.C., Ver Matusevich, D.
 Vairo, M.C., Ver Ruiz, M.
 Vieitez, A., Ver López-Mato, A.
 Wikinski, S.I., *¿Qué sabemos acerca del mecanismo de acción del placebo?*, N° 51, pág. 59.
 Wolfberg, E., *Crisis social y desgaste ocupacional de los profesionales de la salud: alertas y recursos*, N° 54, pág. 268.
 Zonis de Zukerfeld, R., Ingratta, R., Sánchez Negrete, G., Intebi, A., *Aspectos psicosociales en pacientes con osteoporosis, implicancias clínicas*, N° 54, pág. 253.
 Zorrilla Zubilete, M., *Mecanismo de acción del litio: Caminos de señalización intracelular*, N° 51, pág. 45.
-
- Suplemento Especial al Volumen XIV**
- III Jornadas del Capítulo de Psicofarmacología de APSA. Actualización en Trastorno Bipolar**
- Chan, M., *Tratamientos combinados: Psicoterapia y psicofarmacología*, pág. 43.
 Epstein, A.J., *La evolución cierta del trastorno bipolar. Restitutio ad integrum o defecto (segunda parte)*, pág. 13.
 García Bonetto, G., *El Tratamiento Farmacológico de la Depresión Bipolar (II)* pág. 27.
 Gargoloff, P.R., *Episodio Mixto: Complejo reconocimiento, complicado abordaje*, pág. 35.
 Goldchluk, A., *El Tratamiento Farmacológico de la Depresión Bipolar (I)* pág. 23.
 Halsband, S.A., *Trastorno Bipolar y Abuso de Sustancias. Una mezcla explosiva*, pág. 7.
 Kuschnir, J., *La evolución cierta del trastorno bipolar. Restitutio ad integrum o defecto (primera parte)*, pág. 11.
 Lagomarsino, A., *El curso de la enfermedad bipolar*, pág. 5.
 Lamela, C.A., *El tratamiento farmacológico de mantenimiento en el trastorno bipolar*, pág. 30.
 Lipovetzky, G., *Algunas cuestiones a tener en cuenta en la combinación de tratamientos en pacientes bipolares*, pág. 45.
 Lupo, Ch., *Manía Aguda. Características Clínicas y Tratamiento Farmacológico* pág. 17.
 Spivacow, M.A., *La contribución de la psicoterapia en el tratamiento combinado del trastorno bipolar*, pág. 47.
 Zaratiegui, R., *Estabilizadores del ánimo: interacciones*, pág. 37.
-
- Suplemento II al Volumen XIV**
- Epidemiología en Salud Mental**
- Casullo, M.M., Quesada, S., *Estudio epidemiológico en estudiantes universitarios*, pág. 5.
 Ferrero, A., *Prevalencia de patología mental grave en la Ciudad de San Luis*, pág. 11.
 Míguez, H.A., *Epidemiología de la alcoholización en la Argentina*, pág. 19.
 Pavlovsky, F., *Reseña de treinta años de funcionamiento del Programa de Investigaciones en Epidemiología Psiquiátrica (PEPSI) del CONICET*, pág. 27.
 Serfaty, E.M., Foglia, V.L., Masaútis, A.E., Negri, G.M., *Mortalidad por Causas Violentas en Adolescentes y Jóvenes de 10 a 24 años. Argentina 1991-2000*, pág. 40.