



VERTEX
REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

141



FILOSOFÍA Y PSIQUIATRÍA

Fabrissin / Fantin / Huertas / Matusevich / Rovaletti / Zurita

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

Volumen XXIX – Nº 141 Septiembre – Octubre 2018 – ISSN 0327-6139 – Buenos Aires



VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

141

Director:
Juan Carlos Stagnaro
Director Asociado para Europa:
Dominique Wintrebert
Secretario:
Martín Nemirovsky

Comité Científico

ARGENTINA: F. Álvarez, M. Cetkovich Bakmas, R. H. Etchegoyen, O. Gershanik, A. Goldchluk, A. Monchablón Espinoza, J. Nazar, E. Olivera, J. Pellegrini, D. J. Rapela, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, D. Rabinovich, A. Ravenna, E. Rodríguez Echandía, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, I. Vegh, H. Vezzetti, P. Zöpke Austria: P. Berner. **BÉLGICA:** J. Mendlewicz. **BRASIL:** J. Forbes, J. Mari. **CANADÁ:** B. Dubrovsky. **CHILE:** A. Heerlein, F. Lolas Stepke. **EE.UU.:** R. Alarcón, O. Kernberg, R. A. Muñoz. **ESPAÑA:** V. Barembli, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** F. Caroli, H. Lôo, P. Noël, J. Postel, S. Resnik, T. Tremine, E. Zarifian. **ITALIA:** F. Rotelli, **PERÚ:** M. Hernández. **SUECIA:** L. Jacobsson. **URUGUAY:** H. Casarotti, A. Lista, E. Probst. **VENEZUELA:** C. Rojas Malpica.

Comité Editorial

Martín Agrest (Proyecto Suma); Patricio Alba (Hospital "Torcuato de Alvear"); Norberto Aldo Conti (Hospital "José T. Borda"); Juan Costa (Centro de Atención Primaria CeSAC 24, GCBA); Gabriela S. Jufe (Hospital "Torcuato de Alvear"); Eduardo Leiderman (Universidad de Palermo); Santiago Levín (Universidad de Bs. As.); Daniel Matusевич (Hospital Italiano de Bs. As.); Alexis Mussa (Medicus); Martín Nemirovsky (Proyecto Suma); Federico Rebok (Hospital "Braulio A. Moyano"); Esteban Toro Martínez (Cuerpo Médico Forense de la Corte Suprema de Justicia de la Nación); Hugo Pisa (Consultor independiente); Fabián Triskier (Consultor independiente); Ernesto Wahlberg (Consultor independiente); Silvia Wikinski (CONICET).

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); E. Mata (Bahía Blanca); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); L. Millas (Hosp. Rivadavia); G. Onofrio (Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); J. M. Paz (Hosp. Zubizarreta); M. Podruzny (Mar del Plata); M. Outes (Hosp. B. Moyano); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); J. Zirulnik (Hosp. J. Fernández). **CÓRDOBA:** C. Curtó, J. L. Fitó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RÍOS:** J. L. Tuñón. **JUJUY:** C. Rey Campero; M. Sánchez. **LA PAMPA:** C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera; F. Linares; O. Voloschin. **NEUQUÉN:** E. Stein. **RÍO NEGRO:** D. Jerez. **SALTA:** J. M. Moltrasio. **SAN JUAN:** M. T. Aciar. **SAN LUIS:** J. Portela. **SANTA FE:** M. T. Colovini; J. C. Liotta. **SANTIAGO DEL ESTERO:** R. Costilla. **TUCUMÁN:** A. Fiorio.

Corresponsales en el Exterior

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

Objetivo de VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría

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

Informes y correspondencia:
VERTEX, Moreno 1785, piso 5
(1093), Buenos Aires, Argentina
Tel./Fax: 54(11)4383-5291
E-mail: editorial@polemos.com.ar
www.editorialpolemos.com.ar

Corrección técnica de textos:
Natalia Fuertes

En Europa: Correspondencia
Informes y Suscripciones
Dominique Wintrebert, 63, Bv. de Picpus,
(75012) París, Francia. Tel.: (33-1) 43.43.82.22
Fax.: (33-1) 43.43.24.64
E-mail: wintreb@easynet.fr

Impreso en:
Gráfica Aler SRL
Calle 77 N° 856, San Martín,
Buenos Aires, Argentina

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

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XXIX Nro. 141 SEPTIEMBRE-OCTUBRE 2018

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX

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

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

SUMARIO

VERTEX
*Revista Argentina
de Psiquiatría*

Aparición
Bimestral

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

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

Ilustración de tapa:
Silvia Müller
S/Título
Acrílico sobre tela
31 x 40 cm
2018

silmuller@hotmail.com

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- **De la epilepsia resistente a la psicosis. Revisión bibliográfica a propósito de un caso clínico**
Agustina Longobardi, Pierre Bonmarchand pág. 325
- **Autismo: lenguaje, cuerpo y escritura**
Silvia Rosenfeld, Susana Sujarchuk pág. 330
- **Leyes de Salud Mental y reformas psiquiátricas en América Latina: múltiples caminos en su implementación**
Martín Agrest, Franco Mascayano, Renata Teodoro de Assis, Carlos Molina-Bulla, Sara Ardila-Gómez pág. 334

DOSSIER

FILOSOFÍA Y PSIQUIATRÍA pág. 346

- **Antropología clínica: entre la Filosofía de la Psiquiatría y las Ciencias Humanas**
María Lucrecia Rovaletti pág. 349
- **Pigliatría (o qué nos enseña Ricardo Piglia a los psiquiatras). Apuntes para una psiquiatría basada en narraciones**
Daniel Matusevich pág. 361
- **Cerebro y mente: ¿disidencia o subordinación? Apuntes para una lectura epistemológica**
Juan Carlos Fantin pág. 368
- **Objetos perdidos. El territorio de estudio y acción de la psiquiatría**
Marcos Zurita pág. 374
- **¿Los datos masivos serán el futuro de la psiquiatría?**
Javier Fabrisin pág. 379
- **"Lo importante es no tomar sus textos como catecismos, sino como herramientas para pensar la locura y la psiquiatría"**
Entrevista a Rafael Huertas
Norberto Conti, Daniel Matusevich pág. 388

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- **Santiago Ramón y Cajal. El nacimiento de la neurociencia en lengua castellana**
Norberto Conti pág. 393

LECTURAS Y SEÑALES

- **La psiquiatría en la encrucijada**
Daniel Matusevich pág. 399

EDITORIAL



nte la decisión del Gobierno nacional de degradar el Ministerio de Salud de la Nación al rango de Secretaría de Estado, con la consiguiente pérdida de jerarquía sanitaria, presupuestaria y de gestión que implica dicha medida, decenas de entidades de profesionales de la salud, entre las que se contó, por nuestra especialidad, la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), emitieron el siguiente comunicado al cual adhiere nuestra revista:

Comunicado conjunto de Sociedades Científicas y Organizaciones No Gubernamentales a favor de la jerarquización de la Salud Pública

Las sociedades científicas y las organizaciones no gubernamentales firmantes declaramos:

- 1- Expresar profunda preocupación por la pérdida de rango ministerial de la cartera sanitaria ya que evidencia que la salud pública no se encuentra entre las prioridades del Poder Ejecutivo. Esta decisión impactará en forma directa en el rol rector que debe ejercerse desde el Estado Nacional en pos de consensuar y articular políticas públicas con las jurisdicciones y pondrá en riesgo los mecanismos y tiempos de provisión de insumos estratégicos en forma oportuna y cantidades suficientes.
- 2- La Salud es un Derecho Constitucional que nos iguala y el Estado es responsable de garantizarlo, por lo que es ineludible que se encuentre en la máxima prioridad como una política de Estado contando con una jerarquía institucional acorde a su relevancia.
- 3- Advertimos que esta situación impactará en mayor medida en la población más vulnerable desde el punto de vista social y económico, dependiente por completo de un Estado presente y eficiente que cumpla con su responsabilidad.
- 4- Esta decisión puede tener impacto negativo en políticas tales como vacunación, programas de enfermedades prevalentes (crónicas, infecciosas, otras), de salud mental, disminución de investigaciones epidemiológicas, confección de guías de asistencia, acreditación de residencias, generación de marcos normativos para especialidades, entre otras.
- 5- Somos integrantes del equipo de salud de nuestro país, nos genera un gran orgullo por los logros alcanzados y renovamos el compromiso para alcanzar los desafíos pendientes. Por estos motivos no acompañamos este tipo de decisiones que no pueden justificarse desde ningún aspecto.
- 6- Instamos al Gobierno Nacional a reconsiderar esta medida entendida como un retroceso institucional inadmisibles para nuestro país.
- 7- Convocamos las sociedades científicas, organizaciones no gubernamentales, a los integrantes de equipo de salud, los medios de comunicación y a la sociedad toda, a defender al Sistema de Salud Público como garante del acceso equitativo y federal a la atención de calidad para toda la población.

Esta medida inconsulta, que lesiona más de medio siglo de avances en el terreno sanitario argentino, a partir de la creación del Ministerio de Salud por el Dr. Ramón Carrillo durante el primer gobierno de Juan Domingo Perón, constituye un retroceso inaceptable que deberá ser reparado en un futuro que esperamos muy próximo. ■

Juan Carlos Stagnaro

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

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

MÉTODO DE ARBITRAJE

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

TEMAS DE LOS DOSSIERS DEL AÑO 2018

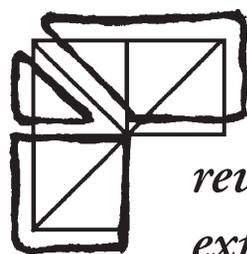
Vertex 137 / Enero - Febrero
RECURSOS DIGITALES
EN SALUD MENTAL

Vertex 138 / Marzo - Abril
PSIQUIATRÍA Y OBESIDAD

Vertex 139 / Mayo-Junio
PSICOGÉNESIS

Vertex 140 / Julio-Agosto
RIESGOS

Vertex 141 / Septiembre-Octubre
FILOSOFÍA Y PSIQUIATRÍA



*revista de
experiencias
clínicas y neurociencias*



De la epilepsia resistente a la psicosis. Revisión bibliográfica a propósito de un caso clínico

Agustina Longobardi

*Residente de Psiquiatría de la Universidad de Caen, Francia
E-mail: aguslongobardi@gmail.com*

Pierre Bonmarchand

*Médico psiquiatra
Établissement public de santé mentale, Caen, Francia*

Resumen

Debido a la dificultad de diagnosticar correctamente la psicosis en los pacientes epilépticos, los autores decidieron realizar una revisión bibliográfica a partir de un caso clínico. Además se llevó a cabo una descripción detallada de la atención médica otorgada con el objetivo de que la misma pueda servir de ejemplo frente a casos similares.

Palabras clave: Psicosis - Epilepsia - Variaciones anatómicas cerebrales en epilepsia - Antipsicóticos en epilepsia - Antiepilépticos en psicosis.

FROM TREATMENT-RESISTANT EPILEPSY TO PSYCHOSIS: LITERATURE REVIEW AND CASE REPORT

Abstract

The authors present a case in which they describe the challenges posed by the diagnosis of epileptic patients who suffer a psychotic episode. They also give a detailed account of current practice guidelines in French psychiatry, as well as a discussion regarding the art of everyday clinical practice.

Keywords: Psychosis - Epilepsy - Cerebral anatomical variations in epilepsy - Antipsychotic medications in epilepsy - Antiepileptic medications (AEDs) in psychosis.

Introducción

La relación entre la epilepsia y la psicosis fue descrita por la primera vez alrededor de 1780 A.C, durante el periodo pre-helénico, durante el cual la etiología se explicaba por una influencia mística maligna (1). Las primeras fuentes son las tabletas babilónicas y papiros egipcios.

Durante la antigüedad, Hipócrates afirmó que las enfermedades psiquiátricas eran causadas por alteraciones cerebrales. Fue después de 1929-1930 con el descubrimiento del EEG que la fisiopatología de la epilepsia pudo ser comprendida y diferenciada de los cuadros psicóticos (2).

Actualmente numerosos trabajos han mostrado que la relación entre la psicosis y la epilepsia existe, pero la misma es difícil de esclarecer por completo.

Debido a la dificultad para llegar al diagnóstico correcto y poder otorgar la mejor atención, el objetivo de este artículo es mostrar el empleo de herramientas preexistentes para facilitar al médico su utilización.

Múltiples trabajos mostraron que entre un 30 y un 50% de los pacientes epilépticos tienen algún tipo de patología psiquiátrica, de la cual la psicosis es el 7% en la epilepsia del lóbulo temporal (2).

Si bien existen múltiples diagnósticos diferenciales de los cuadros en los cuales estas dos patologías conviven, en el DSM-V y CIE-10 y están clasificadas como «trastorno mental debido a una enfermedad médica general» y «trastornos mentales debidos a una disfunción cerebral o enfermedad somática», respectivamente (3, 4).

Al no estar detallados ni especificados, en la práctica clínica se utiliza una clasificación multiaxial (5).

Material y métodos

Cada paciente participante fue informado de las características y objetivos del estudio y otorgó el consentimiento para su inclusión en el mismo. Se realizó una búsqueda bibliográfica en Pubmed de artículos médicos en los idiomas: español, francés e inglés.

Clasificación de las psicosis epilépticas

Existen distintos cuadros en los cuales estas dos entidades pueden convivir (5, 6). Para poder distinguir unos de otros es importante utilizar la evaluación multiaxial y tener al alcance la posibilidad de realizar estudios complementarios tales como hemograma completo, glucemia, función hepática y renal, tóxicos urinarios, resonancia magnética cerebral y un EEG.

Evaluación Multiaxial para realizar el diagnóstico de psicosis epiléptica (5)

Eje I: Tipo de epilepsia. Clasificación de la ILAE 1989.

Eje II: Clasificación psiquiátrica actual (DSM-V).

Eje III: Clasificación ictal: Crítica, intercrítica, post-crítica.

Eje IV: Factores precipitantes (efectos adversos por antiepilépticos).

Eje V: Variables neurológicas (Coeficiente intelectual, RMN).

Como podemos ver, el eje 3 habla de la clasificación ictal, es la relación del episodio psicótico con respecto a la crisis epiléptica. Este artículo desarrolla la crisis inter-ictal únicamente.

Psicosis inter-ictales

Se trata de un síndrome psicótico en un paciente epiléptico sin relación cronológica con las crisis epilépticas. La prevalencia es del 5% de todos los episodios psicóticos de los epilépticos. Esta clasificación reagrupa varios cuadros clínicos antes divididos en breves, crónicos, alternantes y medicamentosos.

Actualmente no se los divide, dado que es muy frecuente el pasaje de un cuadro clínico a otro a lo largo de la evolución de un mismo paciente y los factores de vulnerabilidad son los mismos.

Los factores de riesgo son:

- Epilepsias fármaco-resistentes de larga evolución (mayor a 15 años) con un inicio antes de los 10 años, con por lo menos 14 años de intervalo con el comienzo de la psicosis.
- Historia de convulsiones febriles prolongadas.
- Estatus epiléptico.
- Disminución del número de neuronas en la región CA1 del hipocampo.
- Disminución de la reorganización sináptica en la región del gyrus dentado.
- La existencia de una epilepsia temporal es el factor de riesgo principal.

El 20% de los pacientes sufren una epilepsia generalizada (7, 8).

Psicosis inter-ictales breves

Duran menos de 3 meses. Pueden desarrollarse en un contexto de ausencia o disminución de la frecuencia de las crisis en pacientes con epilepsia temporal o generalizada con una evolución de por lo menos 15 años. Los síntomas precedentes al episodio psicótico suelen ser: insomnio, ansiedad y anhedonia. Por lo general, el cuadro clínico suele ser una psicosis paranoica con alucinaciones y síntomas tímicos.

Psicosis inter-ictal crónica

Esta clasificación incluye la esquizofrenia y la psicosis epiléptica esquizofrenia-like (SLPE).

El cuadro es llamado *schizophrenia-like psychosis* (SLPE) en la literatura anglosajona. La presentación clí-

nica es evocatoria de una esquizofrenia: un síndrome delirante con paranoia con alucinaciones auditivas (las visuales son raras). Algunos autores detallaron algunas distinciones, tales como: la ausencia de síntomas negativos, menor pre-morbilidad, mayor edad en el inicio de los síntomas psicóticos, baja incidencia familiar de esquizofrenia, menos anosognosia, afecto conservado, ausencia de síntomas de primer nivel de Schneider (9-12).

Otros autores postulan que no hay suficientes diferencias entre ambos cuadros y que las mismas son más cuantitativas que cualitativas.

Tratamiento antipsicótico en el epiléptico

Antes de instaurar un tratamiento neuroléptico es importante constatar la ausencia de crisis epilépticas por medio de un electroencefalograma y, si es necesario, un electroencefalograma de 24hs.

El objetivo del tratamiento es poder controlar las crisis y mejorar la calidad de vida del paciente, con lo cual, para la elección del fármaco debe contarse con la opinión de un neurólogo y un psiquiatra.

Los antipsicóticos tienen una acción pro-convulsiva que varía de una molécula a otra, así como también según la posología.

Los antipsicóticos con un efecto pro-convulsivante menor son aquellos que tienen una acción antagonista de receptores D2, como el haloperidol, bromodol y la trifluoperazina.

De los antipsicóticos atípicos el más estudiado y más adecuado es la risperidona.

El neuroléptico más utilizado es el haloperidol a la mitad de la dosis habitual.

La duración del tratamiento y la posología van a depender del tipo de psicosis del epiléptico, pero todas responden bien a un tercio o la mitad de la dosis habitual del neuroléptico (12-17).

Caso clínico

Paciente de 32 años, diagnosticado de epilepsia generalizada a la edad de 2 años, por presentar crisis de ausencia acompañadas de mioclonías palpebrales, de difícil tratamiento. Se encontraba bajo seguimiento por el servicio de Neurología del Hospital Público de Caen.

A los 16 años el paciente comenzó a tener crisis tónico-clónicas generalizadas, la frecuencia de las cuales era de 2 a 4 por mes, con múltiples hospitalizaciones de corta duración en el servicio de Neurología del Hospital Público de Caen. Se realizaron múltiples EEG en cada una de las crisis. Se instauró finalmente una triple terapia (ver debajo).

El paciente abandonó los estudios a la edad de 18 años, no trabajó por 10 años, hasta acceder a un diploma de animador de colonia de vacaciones.

A los 30 años, luego de separarse de su novia, el

paciente volvió a vivir con su madre. A causa de múltiples conflictos familiares, el paciente vivió 3 meses en la calle durante los cuales se prostituyó para poder acceder a un hospedaje.

Su primer contacto con la psiquiatría fue durante la primera hospitalización. Debió permanecer en un cuarto de aislamiento debido a un cuadro de agitación en una comisaría, a la cual el paciente se había dirigido voluntariamente para presentar una demanda por un supuesto robo de su cuenta bancaria.

El paciente no presentaba antecedentes psiquiátricos personales ni familiares. Sin embargo, en los últimos tres meses había tenido 20 hospitalizaciones en urgencias por crisis generalizadas convulsivas ya que se negaba a continuar con su triple terapia antiepiléptica: lamotrigina, valproato, zonisamida.

Tras su ingreso en el cuarto de aislamiento, tanto el análisis de sangre, el EEG, como los tóxicos urinarios fueron normales. El paciente tenía una actitud desafiante, con un discurso agresivo, sin desorientación temporal ni espacial. Su ideación era delirante a predominio interpretativo y de persecución, con alucinaciones auditivas y cenestésicas.

Su tratamiento antiepiléptico fue reinstaurado con el fin de evitar futuras crisis epilépticas.

La comunicación con su neurólogo, el encargado de farmacia y el psiquiatra promovió la elección del haloperidol a dosis bajas como tratamiento antipsicótico.

Una vez que el paciente se encontró estable, con un bajo riesgo de comportamientos auto y hetero agresivos, se trasladó al hospital de mayor complejidad para la realización de un segundo EEG y una resonancia cerebral con protocolo para epilepsia.

En el primero no se encontraron alteraciones. En cuanto a la resonancia, los únicos hallazgos fueron:

- Malformación venosa insular derecha que drena al seno parietal derecho. Sin cavernoma asociado.
- Quiste del septum pelucidum.
- Rotación del hipocampo izquierdo.

El test neuro-psicológico realizado resultó ser equivalente al precedente de un año anterior, en el cual se observaba que el paciente presentaba incapacidad frente a la realización de una doble tarea, un déficit de memoria, disminución de la velocidad de la ideación-motora con dificultades para resolver problemáticas de la vida cotidiana.

La hospitalización duró varias semanas. El cuadro psicótico tuvo su resolución.

A la salida del hospital el paciente volvió a su casa, donde vive solo, cerca de su familia. Cuenta con ayuda económica estatal por discapacidad. Forma parte del grupo de psico-educación, con un seguimiento regular psiquiátrico, neurológico y enfermero a domicilio que se asegura de la administración de la medicación.

Un año después del inicio del episodio psicótico el paciente continúa con crisis de ausencias y síntomas positivos del tipo delirio de persecución.

Discusión del caso clínico

Como primera medida se otorgó la protección del paciente y del medio.

La búsqueda de una causa orgánica de psicosis fue investigada por medio de análisis complementarios, que descartaron abuso de sustancias, trastornos endócrinos, metabólicos y funcionales.

Se retomó el tratamiento antiepiléptico del paciente para evitar la aparición de crisis epilépticas.

Una vez observada y analizada la clínica del paciente, se pudo llegar a un diagnóstico gracias a la utilización de la evaluación Multiaxial:

Eje I: La epilepsia es de tipo: Crisis generalizadas de tipo tónico-clónicas.

Eje II: Según la clasificación del DSMV.

Eje III: La clasificación ictal: El paciente tiene crisis inter-críticas crónicas.

Eje IV: No podemos culpar los efectos adversos de los antiepilépticos ya que el paciente no los tomaba en los meses previos al comienzo del cuadro psicótico.

Eje V: En cuanto al coeficiente intelectual, el paciente presentaba un déficit de memoria y disminución de la velocidad de la ideación-motora, posiblemente en relación con la gravedad de su epilepsia y ya existente antes del desarrollo de la psicosis.

Con respecto a la resonancia magnética, hasta la fecha ninguna de estas variaciones anatómicas ha demostrado ser responsable ni de epilepsia ni de un cuadro psicótico. Sin embargo, tanto la rotación parcial del hipocampo como la malformación venosa tienen una alta probabilidad de estar asociadas a displasias corticales, posibles responsables de la epilepsia. La realización de imágenes T3 con secuencias volumétricas en T1 Y T2 son más sensibles para este tipo de lesión.

En cooperación multidisciplinaria se eligió un trata-

miento adecuado para el cuadro psicótico.

Se tomó en cuenta la esfera social, económica, física y psíquica para que el regreso a la vida cotidiana fuera óptimo y para disminuir el riesgo de recaídas.

Conclusión

La explicación de la relación entre la epilepsia y la psicosis no está aún esclarecida. Los pacientes epilépticos tienen 2,5 veces más riesgo de desarrollar esquizofrenia y casi 3 veces más riesgo de psicosis epiléptica.

La bibliografía hasta la fecha cuenta con varias nomenclaturas distintas para llamar a los mismos cuadros clínicos, generando confusiones.

Poder llegar al diagnóstico adecuado no es fácil. Para ello debe trabajarse de manera multidisciplinaria con por lo menos un neurólogo y un psiquiatra.

Es necesario acceder a distintos estudios complementarios como análisis de laboratorio, electroencefalograma y resonancia magnética.

Debe tenerse en cuenta que el tratamiento antiepiléptico puede generar trastornos psicóticos y que el tratamiento antipsicótico favorece la aparición de crisis epilépticas.

El tratamiento del paciente incluye todas las esferas de su vida, por lo cual será necesario un seguimiento regular multidisciplinario con psiquiatra, neurólogo, asistente social, enfermería y psicoeducación.

El insomnio, la ansiedad y el cambio en los hábitos del paciente epiléptico son los primeros signos y síntomas que pueden encontrarse en la descompensación psicótica del paciente epiléptico (17-24).

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses. ■

Referencias bibliográficas

1. Quétel C. *Histoire de la folie. De l'Antiquité à nos jours*. Paris, Editions Tallandier, 2012.
2. Clancy MJ, Clarke MC, Connor DJ, Cannon M, Cotter DR. The prevalence of psychosis in epilepsy; a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 2014 Mar 13;14:75.
3. American Psychiatric Association. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, American Psychiatric Press, 2013.
4. OMS: *CIE 10 – Clasificación Internacional de Enfermedades*, Décima revisión. Ginebra, OMS, 1993.
5. Matsuura M, Adachi N, Oana Y, Okubo Y, Hara T, Onuma T. Proposal for a new five-axis classification scheme for psychoses of epilepsy. *Epilepsy & Behavior* [Internet]. Octubre 2000, Vol. 1, nº 5, p. 343-352. DOI 10.1006/ebch.2000.0113
6. ILAE. ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology, Scheffer, 2017.
7. Verhoeven MA, Gunning W, Boudewijn H, Tuerlings J, Egger J, Tuinier S. Psychoses and epilepsy. A case study. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 2006, Vol. 48, p. 809-814.

8. Remy C. Psychose et épilepsie. *La Lettre du Neurologue*, n° 9, vol. V - novembre 2001.
9. Irwin LG, Fortune DG. Risk Factors for Psychosis Secondary to Temporal Lobe Epilepsy: A Systematic Review. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2014;26(1):5-23.
10. Schneider K. *Psicopatología clínica*. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología, 1997.
11. Verhoeven MA, Gunning W, Boudewijn H, Tuerlings J, Egger J et al. Recurrent schizophrenia-like psychosis as first manifestation of epilepsy: a diagnostic challenge in neuropsychiatry. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2010; 6: 227-231.
12. Kandratavicius L, Hallak J, Leite J. What are the similarities and differences between schizophrenia and schizophrenia-like psychosis of epilepsy? A neuropathological approach to the understanding of schizophrenia spectrum and epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 2014, Vol. 38, p. 143-147. DOI 10.1016/j.yebeh.2014.01.005
13. Canuet L, Ishii R, Pascual-Marqui RD, Iwase M, Kurimoto R, Aoki Y, et al. Resting-state EEG source localization and functional connectivity in schizophrenia-like psychosis of epilepsy. *PLoS One* [Internet]. 2011, Vol. 6, n° 11, p. e27863.
14. Kanner AM. Psychosis of epilepsy: a neurologist's perspective. *Epilepsy & Behavior*, 2000;1 (4): 604-609.
15. Adachi N, Kanemoto K, De Toffol B, Akanuma N, Oshima T, Mohan A, Sachdev P. Basic treatment principles for psychotic disorders in patients with epilepsy. *Epilepsia*, 2013, Vol. 54 Suppl 1, p. 19-33. DOI 10.1111/epi.12102
16. D'Alessio L et al. Psychotic disorders in Argentine patients with refractory temporal lobe epilepsy: A case-control study. *Epilepsy & Behavior*, 2009 Apr;14(4):604-9. DOI: 10.1016/j.yebeh.2009.02.019.
17. Farooq S, Sherin A. Interventions for psychotic symptoms concomitant with epilepsy. *The Cochrane Database of Systematic Review*, 2008 Oct 8;(4):CD006118. DOI: 10.1002/14651858.CD006118.pub2.
18. Rush N, Teberetz E, Baeumer D, Ebert D, Trimble MR. Absence of Cortical Gray Matter Abnormalities in Psychosis of Epilepsy. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 2004. [Internet] Disponible en: <https://doi.org/10.1176/jnp.16.2.148>
19. Tebartz Van Elst L, Baeumer D, Lemieux L, Woermann FG, Koeppe M, et al. Amygdala pathology in psychosis of epilepsy: A magnetic resonance imaging study in patients with temporal lobe epilepsy. *Brain: A Journal of Neurology*, 2002; 125 (Pt 1): 140-149.
20. De Toffol B. Troubles psychopathologiques associés aux épilepsies partielles pharmaco-résistantes. *Revue Neurologique*, 2004, Vol. 160, p. 288-300. DOI 10.1016/S0035-3787(04)71210-2
21. Toone BK, Dawson J, Driver M. Psychoses of Epilepsy: A Radiological Evaluation. *The British Journal of Psychiatry* 1982, Vol. 140, n° 3, p. 244-248. [Internet] DOI 10.1192/bjp.140.3.244
22. Urrutia A, Pérez L, Altable C. Relaciones entre epilepsia y psicosis: de la clínica a la neurobiología. *Psiquiatría Biológica*, 2006, Vol. 13, n° 6, p. 211-219. [Internet] DOI 10.1016/S1134-5934(06)75365-9
23. Matsuura M et al. A polydiagnostic and dimensional comparison of epileptic psychoses and schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res*, 2004 Aug 1;69(2-3):189-201.
24. Blumer D et al. Epilepsy & Behavior. The interictal dysphoric disorder: recognition, pathogenesis, and treatment of the major psychiatric disorder of epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 2004 Dec;5(6):826-40.

Autismo: lenguaje, cuerpo y escritura

Silvia Rosenfeld

*Médica Psiquiatra Infantojuvenil. Psicoanalista
E-mail: silviarosen967@gmail.com*

Susana Sujarchuk

Psicoanalista. Licenciada en Psicología, Universidad de Buenos Aires

Resumen

Este trabajo tiene por objetivo transmitir a los profesionales de la salud un exhaustivo abordaje clínico de pacientes niños y adolescentes, diagnosticados en la categoría de Trastorno del espectro autista (TEA), realizado durante los últimos veinte años, en hospitales públicos y centros educativos terapéuticos en la ciudad de Buenos Aires, Argentina. Se presentan aquí herramientas para superar la inmutabilidad y la soledad definidos originariamente en dicho cuadro clínico.

Palabras clave: Autismo - Trastorno del Espectro Autista (TEA) - Autismo y escritura.

AUTISM: LANGUAGE, BODY AND WRITING

Abstract

This work aims to convey to health professionals, an exhaustive clinical approach of children and adolescents, diagnosed in the category of Autism Spectrum Disorder (ASD), performed during the last twenty years, in public hospitals and therapeutic educational centers in the city of Buenos Aires, Argentina. Here are presented tools to overcome the sameness behavior and loneliness originally defined in said clinical picture.

Keywords: Autism - Autism Spectrum Disorder (ASD) - Autism and writing.

Introducción

Este trabajo tiene por objetivo transmitir a los profesionales de la salud un exhaustivo abordaje clínico de pacientes niños y adolescentes, diagnosticados en la categoría de Trastorno del espectro autista (TEA), realizado durante los últimos 20 años, en hospitales públicos y centros educativos terapéuticos.

El Autismo es considerado una de las afecciones psiquiátricas más complejas, debido a las dificultades que encuentran los efectores de salud para tratarlo.

Todas las clasificaciones diagnósticas, tanto la norteamericana (DSM 5) (1), como la francesa (CFTMA-R-2000) (2) y la internacional (CID 10) (3), coinciden en que el lenguaje y la comunicación están severamente afectados.

La severidad en el trastorno del lenguaje es la mayor dificultad para el progreso del desarrollo clínico y educativo del individuo, y la precocidad en su asistencia es fundamental para determinar el pronóstico.

A partir del trabajo de Leo Kanner de 1943 (4), el trastorno se convirtió en una entidad bien delimitada y referida a la primera infancia, denominada: "Autismo Infantil Precoz".

El abordaje que presentamos aquí propone la utilización de herramientas para superar los supuestos de *inmutabilidad* y de *soledad* precisados y definidos originariamente en dicho cuadro clínico.

Manifestaciones clínicas del Trastorno del Espectro Autista (TEA)

-
- Comienzo antes de los 3 años de edad.
 - Trastornos del lenguaje.
 - Trastornos de la interacción social.
 - Disturbios de la comunicación verbal y no verbal.
 - Conductas compulsivas y estereotipadas.
 - Trastornos de la conducta motriz.
 - Respuesta anormal a los estímulos sensoriales.
 - Trastornos de la atención.
 - Funciones cognitivas alteradas.
 - Manifestaciones psicoafectivas.
-

Objetivo

Nuestra propuesta es transmitir la posibilidad que brinda la escritura en estructuras tan profundamente comprometidas, afectadas en la constitución del cuerpo, en la comunicación y en la interacción social.

Los autistas que han podido dar cuenta de su padecimiento, testimonian que en el origen de sus trastornos, se encuentran con una dificultad para tomar la palabra y coinciden en la constatación de que les es mucho más fácil hacerlo mediante la escritura.

Proponemos un dispositivo clínico que respete los aspectos emocionales y cognitivos singulares de cada paciente.

La población asistida carece de lenguaje oral o posee un lenguaje ecolálico o bizarro, limitado a muy pocas palabras. La mayoría de los niños no se comunican por medio de señas o escritura manuscrita en forma espontánea.

Desde la perspectiva psicoanalítica, la mayor parte de las teorizaciones referidas a los trastornos severos del desarrollo enfatizaron el papel de los vínculos primarios deficientes como causa.

Nuestra propuesta es apostar a un abordaje terapéutico que apunte al sujeto, más allá del déficit diagnosticado, más allá de la expresión ausente, fallida y/o empobrecida del lenguaje.

Tomamos como hipótesis que posiblemente en el autismo el sujeto no se introduce en el lenguaje pasando por el balbuceo.

Roman Jakobson observó que *"Los verdaderos inicios del lenguaje infantil están precedidos por lo que se ha convenido en llamar el período de balbuceo, durante el cual se asiste a la producción asombrosa de los más diversos sonidos [...] Un niño es capaz de articular en su balbuceo una serie de sonidos que nunca se encuentran reunidos de una sola vez en una sola lengua [...] Los observadores comprueban entonces, con gran sorpresa que el niño pierde sus facultades de emitir sonidos cuando pasa de la etapa pre-lingüística a la lingüística propiamente dicha, con la adquisición de las primeras palabras"* (5).

El balbuceo parece estar en contacto con experiencias de satisfacción y sensaciones agradables. Todavía no es lenguaje, pero proporciona el marco para el desarrollo de la palabra.

En la clínica, observamos que al niño autista el objeto vocal le produce sufrimiento y extrañeza. Se protegen de toda emergencia angustiante de la voz, de la propia, mediante la verborrea o el mutismo, de la del otro, evitando toda interlocución, por ejemplo, tapándose las orejas.

Jean Claude Maleval afirma: *"Por otro lado, muchos de ellos saben leer antes de hablar, su entrada al lenguaje se produce mediante la asimilación de signos. [...] El autista prefiere apoyarse en imágenes mentales para pensar, a fin de mantener a distancia los signos sonoros transmitidos por la inquietante enunciación del Otro"* (6).

Por su lado, Kanner señalaba: *"La totalidad de la experiencia que le llega al niño desde el exterior debe ser reiterada con frecuencia, con todos sus detalles, con una completa identidad fotográfica y fonográfica. Ninguna parte de esa realidad puede ser alterada, en lo que se refiere a forma, secuencia y lugar. El menor cambio en ese sentido produce crisis y ansiedad"* (4).

La mayoría de las prácticas clínicas intervienen por medio del lenguaje oral, nosotros consideramos a la escritura como productora de subjetividad y no tan solo como medio de aprendizaje.

Es habitual que el sujeto autista se proteja de toda emergencia de angustia portando objetos. Con frecuencia observamos propuestas clínicas, en donde se insiste o se fuerza la extracción del objeto. Nosotros en cambio consideramos que al inaugurar movimientos propiciatorios hacia la escritura, en tanto mediación, el niño puede ceder de forma paulatina los *objetos autísticos* con los cuales se refugia (7).

Método

Invitamos a los niños y jóvenes a encontrarse con la escritura en la "espacialidad" de la pantalla de un ordenador; máquina, teclado que como artificio no convoca al trazo singular.

Estos niños se presentan sin sostén de la mirada en un soliloquio inentendible y sin intención comunicativa.

Muchas veces se recluyen, pueden presentar estereotipias, severos trastornos de conducta, auto y heteroagresiones.

Para propiciar la escritura nos apoyamos en, y privilegamos, aquellos objetos que los niños traen y de los cuales no se desprenden, como así también, sus frases ecológicas y repetitivas. Es habitual que se presenten portando impresos con imágenes, ya sea de publicidades, envoltorios de diversos productos y/o libros de historietas con dibujos animados: los mencionados *objetos autísticos*, que cumplen la función de protección del peligro.

Tomamos en cuenta que el autista busca la referencia del lenguaje en el mundo de las imágenes y las cosas; y vivencian una gran tensión cuando captan que las palabras no se pegan a las cosas.

Al ser la escritura algo que no se niegan a hacer, para la cual muestran predisposición e interés, construimos a partir de la misma un objeto común compartido que resulta una vía facilitadora y permeable al acercamiento de los otros.

Como estrategia clínica, elegimos atentos aquellas imágenes en las que los niños se detienen. Las nombramos, las situamos, las recortamos y propiciamos un desplazamiento de las figuras a la escritura en el papel, para luego motivar la escritura del niño letra por letra en el teclado de la computadora, acompañado frecuentemente en los inicios de un soporte físico.

Invitamos a la lectura de la producción creada en el encuentro. Registro y testimonio secuencial, que permite paulatinamente que el niño se torne lector interesado de su propia elaboración.

Subrayamos que en este devenir se producen muchas veces saltos cualitativos: las acciones e intenciones se anudan progresivamente a la palabra, comienzan a hablar. Estas palabras pronunciadas se adecuan al contexto y se entrelazan al cuerpo, a las acciones y a sus requerimientos.

Intentamos ocupar un lugar privilegiado del funcionamiento autístico, conceptualizado como el lugar del

doble. Así lo afirma Maleval: "*El sujeto autista encuentra en su doble una dinámica vital esencial, siendo una de sus funciones principales, la búsqueda a través de ellos de una animación libidinal del ser*" (6).

El dispositivo facilita y posibilita el sostén en un doble para animarse. Ya que los autistas, como sostiene con pertinencia Francis Tustin: "*Parecen tener la impresión que son una cosa inanimada que vacila en el límite de lo mudo vivo y lo humano*" (8).

Operamos como soporte, como apoyo, para enmarcar el goce desregulado, para que a través de la escritura se posibilite el anudamiento del lenguaje y del cuerpo.

Resultados

- Hemos comprobado en la mayoría de los casos que a partir del pasaje por la escritura, estos niños y adolescentes comienzan a comunicarse y buscan el acercamiento a los otros.
- Hemos encontrado que este dispositivo de trabajo es eficaz para los pacientes dentro del espectro del autismo, habiendo registrado en la población asistida una respuesta positiva a la propuesta.
- Hemos constatado que muchos niños y jóvenes en una edad no esperada comienzan a hablar, luego de escribir. Esto pone en consideración la hipótesis de que es imposible adquirir lenguaje oral luego de los cinco años.
- Hemos confirmado el efecto pacificante que produce el trabajo de escritura mediado por el ordenador. Como efecto, adquieren mayor flexibilidad ante las propuestas ofrecidas por el mundo externo, los ayuda a la integración en medios educativos.
- Hemos recibido como respuesta a los efectos clínicos del trabajo un renovado entusiasmo de las familias, quienes en su mayoría, habían considerado a sus hijos fuera de la capacidad de entendimiento.
- Hemos observado cambios significativos en la conducta, disminución de las auto y heteroagresiones, de la impulsividad y conductas estereotipadas. Adquisición del desarrollo de hábitos, anteriormente no logrados, como por ejemplo el control de esfínteres. Mayor dominio, integración y coordinación corporal, con cambios observables en la postura.

Conclusión

A través de la experiencia recogida constatamos que los pacientes que padecen este trastorno presentan constantes propias de un funcionamiento subjetivo singular.

Tomando como referencia la teoría del objeto, nos hemos encontrado con sujetos en quienes lo perturbado es "la voz" y "la mirada".

La propuesta del dispositivo es ofertar una mediación a través de la escritura. La escritura es productora de pensamiento, funda ausencia y opera modulando las excitaciones corporales, conteniendo el desborde pulsional.

Consideramos a la computadora como un artificio, una herramienta que a modo de filtro de pantalla protectora detiene y apacigua la voz y miradas intrusivas, un dispositivo de freno, de intervalo para aquello que es tóxico para el paciente.

El niño autista se presenta situado frente a la lengua como si estuviera montado en una calesita que gira a gran velocidad. El dispositivo de escritura introduce pausa y permite el tratamiento subjetivo del intervalo. Planteamos que lo escrito les posibilita elaborar “tran-

sacciones” que les permite abrirse a un mundo, al que inicialmente fueron ajenos.

La oferta del teclado, con sus letras a disposición y su uso facilitado, permite cernir el lenguaje a una cosa controlable, manteniendo a distancia la sonoridad inquietante de la enunciación del Otro, atemperando la angustia.

Consideramos eficaz ofertarnos como doble, posibilitando al sujeto autista el apoyo para animarse y salir de su soledad e inmutabilidad. Anudando la función del doble a la escritura. ■

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5)*, Fifth ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
2. Garrabé J, Kammerer F (Eds.) (2016). *Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente (CFMEA R-2012). Clasificación francesa de los trastornos mentales del adulto (CFTM R-2015)*. Buenos Aires: Polemos.
3. OMS (1992). *International Classification of Diseases (ICD 10)*. Ginebra: OMS.
4. Kanner Trastornos Autistas del contacto afectivo. México: Edit. La Mano.
5. Jakobson R (1974). *Lenguaje infantil y afasias*. Madrid: Ayuso.
6. Maleval J-C (2011). *El autista y su voz*. Madrid: Gredos.
7. Rosenfeld S, Sujarchuk S (2009). “Du double a l’écriture”, en Jean-Claude Maleval, *L’autiste, son double et ses objets*. PUR (Presses Universitaires de Rennes).
8. Tustin F (1994). *Autismo y psicosis infantil*, 4ta. Reimpresión. Buenos Aires: Paidós.

Leyes de Salud Mental y reformas psiquiátricas en América Latina: múltiples caminos en su implementación

Martín Agrest

*Master en Administración de Sistemas y Servicios de Salud. Coordinador de Investigaciones de Proyecto Suma. Güemes 4130, CABA, Argentina.
E-mail: magrest66@gmail.com*

Franco Mascayano

*Department of Epidemiology, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York. Division of Behavioral Health Services and Policy Research, New York State Psychiatric Institute, New York, USA.
E-mail: Franco.Mascayano@nyspi.columbia.edu*

Renata Teodoro de Assis

*M.A. Clinical Psychology, Teachers College, Columbia University, New York, USA.
E-mail: rt2621@tc.columbia.edu*

Carlos Molina-Bulla

*Universidad del Rosario, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Bogotá, Colombia.
E-mail: carlos.molina@urosario.edu.co*

Sara Ardila-Gómez

*Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Instituto de Investigaciones, Argentina.
E-mail: saraardi.cursos@gmail.com*

Resumen

El presente artículo describe y analiza los procesos de reforma psiquiátrica en tres países latinoamericanos (Brasil, Chile y Colombia) tomando como piedra angular la Declaración de Caracas en 1990. A partir de esta presentación se busca comparar las diferentes experiencias en donde las leyes de salud mental de cada país han cumplido diferentes roles. Finalmente, se discuten estas experiencias a fin de extraer algunas conclusiones para el proceso de reforma en la Argentina y para la continuidad de estas reformas en la región.

Palabras clave: Reforma de la atención de salud - Salud Mental - Servicios de salud comunitaria.

MENTAL HEALTH LAWS AND THE PSYCHIATRIC REFORM IN LATIN AMERICA: MULTIPLE PATHS TO ITS IMPLEMENTATION

Abstract

This paper describes and analyzes the psychiatric reform process in three Latin American countries (Brazil, Chile and Colombia) based on the Caracas Declaration of 1990. It compares the psychiatric reform processes in these three countries and highlights the role of national mental health laws in these processes. Our goal when investigating the experiences in other countries of Latin America is to draw conclusions for the Argentine psychiatric reform and for the future of such reforms in the region.

Key words: Health care reform - Mental Health, Community Health Services.

Introducción

Los procesos de reforma psiquiátrica configuran un fenómeno global que no se circunscribe a un país ni tan siquiera a una región. Como tantos otros procesos de reforma, cada región y cada cultura local suele imprimirle características que le son propias. En ocasiones se corre el riesgo de exagerar las particularidades y minimizar los contextos regionales o de época que inciden y condicionan la forma en que dichos procesos son pensables o practicables en un lugar determinado. Es cierto que otras veces el problema es el inverso y se acentúan únicamente las presiones externas y se diluye toda responsabilidad local en el modo en que se instrumentan dichos cambios. El empuje internacional de las últimas décadas hacia la transformación de la atención en Salud Mental, que a nivel regional cuenta como piedra angular a la Declaración de Caracas en 1990 (1, 2), se intersecta a nivel local, en la Argentina, con la Ley de Salud Mental 26.657 promulgada veinte años más tarde. Desde ya que en este lapso de dos décadas deben destacarse numerosos hitos internacionales tanto en salud mental como en derechos humanos, y otros tantos locales, como reformas y leyes provinciales. Pero, iluminando la articulación entre la Declaración de Caracas y los procesos de reforma psiquiátrica en distintos países de América Latina, es posible tomar una nueva perspectiva acerca de cómo se imbrican lo contextual y lo local.

En Argentina “la Ley de Salud Mental” ha sido terreno de lucha entre diferentes sectores y actores y, en este sentido, se ha sobre-enfatizado su importancia y tendido a actuar como si las reformas de la atención en el campo de la Salud Mental sólo pudieran suceder como consecuencia de su sanción e implementación. A la luz

de analizar otras experiencias internacionales es claro que se minimiza un orden de condicionamiento que trasciende al país (3, 4) y que, incluso, ha llegado a formularse con recomendaciones precisas (ver Tabla 1). Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) analiza el funcionamiento de los sistemas y servicios de Salud Mental de los países teniendo en cuenta en primer lugar dos parámetros básicos: si cuentan con una política o programa de Salud Mental y si cuentan con una legislación específica (5, 6). Por lo tanto, es cierto que la sanción de leyes de Salud Mental en los países no es un invento original ni caprichoso, sino muy especialmente el producto de recomendaciones internacionales, siendo de hecho uno de los planteamientos a nivel regional desde la Declaración de Caracas. Sin embargo, al mismo tiempo, ésta no ha sido la manera de generar las transformaciones en todos los países. En tal sentido, a la luz tanto de los años transcurridos luego de la promulgación de esta ley -sin que tales transformaciones terminaran de ocurrir- así como de las experiencias en otros países de la región que avanzaron sin una tal ley de Salud Mental, sería conveniente complejizar esta creencia local. ¿En qué medida una ley es capaz de traccionar, promover, facilitar, consolidar, convencer o asegurar un proceso de transformación? Y, ¿en qué medida pueden suceder los procesos de reforma sin una ley específica? Llevado al límite, cabe reflexionar si la ley argentina no ha producido de algún modo un efecto contrario al que se buscaba y ha logrado hasta acá más bien dilatar, diluir, enfrentar, desviar o imposibilitar este mismo proceso que se proponía establecer. Para quienes participaron activamente de los debates en torno a esta valiosa ley, sean ellos profesionales de la salud mental, usuarios o familiares, esta puede ser una reflexión compleja y hasta dolorosa.

Tabla 1. Obstáculos y soluciones en la formulación de la legislación sobre salud mental

Obstáculos	Soluciones
El enfrentamiento entre las personas a favor de una legislación sobre salud mental centrada en los tratamientos y derechos del paciente y aquellos a favor de una legislación basada en la promoción y la prevención.	Nombrar un comité de redacción con representantes de ambos grupos para permitir un debate franco y abierto entre las partes y para asegurar que ambas perspectivas están incluidas en el borrador de la legislación.
Luchas de poder entre profesionales del sistema sanitario y judicial que hacen difícil alcanzar el consenso.	Formular una ley de salud mental desde la perspectiva de las personas con trastornos mentales e incorporar un proceso participativo con distintos sectores profesionales.
El enfrentamiento entre los derechos y responsabilidades de las familias y los derechos y responsabilidades de las personas con trastornos mentales.	Organizar talleres que impliquen a ambas partes para analizar los derechos humanos y el papel de las familias.
Resistencia de los psiquiatras a la disminución de su independencia para prescribir tratamientos, incluyendo aquellos dispensados de manera involuntaria.	Organizar seminarios sobre los derechos de las personas con trastornos mentales y ética médica, con la participación de expertos internacionales.
La falta de prioridad dada por el gobierno, el parlamento y los sectores ajenos a la salud.	Reforzar las organizaciones de consumidores, cuidadores y otros grupos de apoyo. Presionar a los legisladores y encontrar legisladores que personalmente puedan estar preparados para promover la legislación sobre salud mental.

Tomado de OMS, 2003, p. 35

A nivel mundial, las críticas con cierto grado de consenso al modelo asilar pueden rastrear hasta la primera mitad del siglo pasado y habrían dado origen, entre otras experiencias, al desarrollo de la Comunidad Terapéutica y la Psicoterapia Institucional (en Inglaterra), la Psiquiatría de Sector (en Francia), la Psiquiatría Comunitaria/Preventiva (en los Estados Unidos) y la Psiquiatría Democrática (en Italia) (7, 8). Hacia 1955, el modelo asilar de grandes hospitales, donde la gente se interna por períodos prolongados, con escasa expectativa de retorno a la comunidad, lejos de donde vive y separada del resto de la sociedad -al punto de volverse prácticamente invisibles- comienza su declinación definitiva y los manicomios comienzan a achicarse o cerrarse (9). Argentina misma, entre las décadas de 1940 y 1970, incorporó versiones vernáculas de algunas de estas propuestas alternativas al manicomio y desarrolló otras originales de la mano de psiquiatras críticos de tal modelo asilar. Pero estas propuestas locales detuvieron su avance promediando la década del '70 cuando los enfoques comunitarios fueron interrumpidos brutalmente y se retomaron tíbiamente con el retorno de la democracia aunque sin lograr transicionar hacia reformas más profundas -como sí se hicieron en otras partes del mundo.

En 1990, un consenso regional liderado por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, la Declaración de Caracas (2), estableció una serie de pilares y fundamentos para orientar los procesos de reforma psiquiátrica en la región de las Américas. En este consenso se promovió la idea que el mejoramiento de la atención era posible por medio de la superación del modelo asistencial basado en el hospital psiquiátrico y su reemplazo por alternativas comunitarias de atención y por acciones de salvaguarda de los derechos humanos e inclusión social de las personas afectadas por trastornos mentales al tiempo de un fortalecimiento de la atención primaria. Sus ideas, casi treinta años después, pueden parecer tan simples como difíciles de refutar. Sin embargo, cambios en tal sentido solo tuvieron impactos desiguales en los países que firmaron la declaración y sus aspiraciones se encuentran todavía algo lejanas en muchos de ellos, entre los que cabe contar a la Argentina.

Hacia 1990 la región estaba consolidando la vuelta a la democracia en varios de sus países (Perú, 1980; Argentina, 1983; Brasil y Uruguay, 1985; Chile, 1990) y, al mismo tiempo, iniciando un período de políticas tendientes a la reorganización de las erogaciones e inversiones y al financiamiento del Estado -conocido como 'políticas neoliberales'- promovidas en el Consenso de Washington. Es posible que ambas políticas, la de reforma del Estado y la de reforma psiquiátrica, se hayan cruzado -y, hasta alimentado mutuamente- por más que sus aspiraciones y orígenes fueran completamente diversos.

A través de un breve repaso de las transformaciones psiquiátricas en Brasil, Chile y Colombia, tres casos bien distintos de estrategias de reforma, nos proponemos analizar la compleja relación entre la promulgación de leyes

de Salud Mental y los procesos de reforma de la atención en Salud Mental de modo de iluminar la tensión que introdujo la ley de Salud Mental en la Argentina en el camino de la implementación, escalamiento y mantención de una reforma local.

Brasil: De la desinstitucionalización al "nuevo" debate por el número de camas psiquiátricas

Se suele afirmar que en Brasil el inicio del proceso de reforma psiquiátrica se inició en la década de 1970, transcurriendo desde dichos comienzos más de una década para que se planteara un proyecto de ley específico en Salud Mental, y más de dos para que sancionara la ley. La reforma en sus inicios coincidió con el 'movimiento sanitario' de la década de 1970, que estaba dirigido a la defensa de la salud colectiva, la equidad en la oferta de servicios, el protagonismo de trabajadores y usuarios y la producción de nuevas tecnologías asistenciales. Se suele tomar el año 1978 como el punto de partida del movimiento social en pro de los derechos de los "pacientes psiquiátricos" (10). Este fue el año en que surgió el Movimiento de los Trabajadores de Salud Mental (MTSM), que agrupaba trabajadores de la salud, asociaciones de familiares, sindicalistas, miembros de asociaciones profesionales y pacientes con larga historia de hospitalizaciones psiquiátricas. Entre 1978 y 1991, el MTSM llegó a liderar la denuncia de la violencia en los manicomios, así como la mercantilización de la locura, y la hegemonía de la red privada de hospitales psiquiátricos. El Segundo Congreso Nacional del MTSM, celebrado en el estado de São Paulo, en 1987, adoptó el lema "Por una sociedad sin manicomios" e inició el movimiento nacional de lucha antimanicomial. En este mismo año se celebró en Río de Janeiro la Primera Conferencia Nacional de Salud Mental y también se creó el primer Centro de Atención Psicosocial (CAPS) en São Paulo. En 1989, Paulo Delgado introdujo en el Congreso Nacional un proyecto de ley en el que se proponía la reglamentación de los derechos de las personas con trastornos mentales y el cierre progresivo de los manicomios del país, hecho que caracterizó la lucha del movimiento de reforma en los campos legislativo y normativo.

Entre 1992 y 2000 se desarrolló una importante red de atención en Salud Mental. A pesar de lo cual, para final de este período, y con 208 CAPS funcionando, el 93% del presupuesto en Salud Mental seguía yendo a los hospitales psiquiátricos. Simultáneamente se desarrollaron Servicios Residenciales Terapéuticos, Centros de Convivencia y Cultura, Casas de Hospedaje Transitorio, y Camas de Atención Integral en Hospitales Generales y de Emergencia.

Finalmente, en el año 2001, después de 12 años de debates en el Congreso Nacional, fue sancionada la "Ley Paulo Delgado". Este nuevo instrumento, la Ley Federal 10.216, redirecciona la asistencia en salud mental y privilegia los servicios de base comunitaria, al tiempo que salvaguarda los derechos de las personas con trastornos mentales.

A pesar de que la ley no especificaba cómo se implementarían estos cambios, el Ministerio de Salud sí estableció mecanismos de financiación para los servicios que habrían de sustituir a los hospitales psiquiátricos y el proceso de desinstitucionalización de pacientes hospitalizados por largo tiempo fue reforzado con un programa denominado "Vuelta a Casa". Asimismo, se instauró una política de fomento de los recursos humanos, se formuló una política específica para problemas relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas y se adoptó una estrategia de reducción de daños. En el año 2004 se realizó en São Paulo el Primer Congreso Brasileño de Centros de Atención Psicosocial al que asistieron más de 2.000 trabajadores y usuarios de los CAPS. Ese año se aprobó el Programa Anual de Reestructuración de la Asistencia Hospitalaria, bajo la jurisdicción del Sistema Único de Salud (SUS). Su principal estrategia fue la promoción de la reducción progresiva y pautada de camas comenzando con los "hospitales gigantes" (mayores de 600 camas) y "hospitales grandes" (240 a 600 camas). De esta manera, por medio de programas ministeriales, se buscó operacionalizar la reforma, asegurar la reducción progresiva y, al mismo tiempo, evitar la falta brusca de asistencia, garantizando una transición segura en la que la reducción planificada de camas psiquiátricas fuera acompañada por la habilitación concomitante de alternativas de atención de corte comunitario.

Para el año 2006, el gasto extra-hospitalario (51,3%) sobrepasó al hospitalario (48,7%) y al final de ese año había 1.101 CAPS en funcionamiento en todos los estados del país. Según datos del SUS, las camas en hospitales psiquiátricos disminuyeron entre 1996 y 2014 más de 65%, desde 75.514 a 25.988 (11).

Los últimos años en Brasil han sido testigos del cierre de numerosos hospitales psiquiátricos, así como de una reducción significativa del número de camas y de la inversión de los gastos públicos destinados al pago de internaciones psiquiátricas. En 2013, casi el 80% de la inversión fue para abordajes extra-hospitalarios y 20% para los hospitales psiquiátricos (11).

En este mismo sentido, se evidencian importantes avances en la red de servicios sustitutivos: en 1998, funcionaban en el país 148 CAPS y en 2015, 2.328, mostrando un incremento de 1.473% de la cobertura de servicios psicossociales sustitutivos en el país en 17 años (12). También se desarrollaron estrategias de desinstitucionalización (como, por ejemplo, los Servicios Residenciales Terapéuticos para acoger personas egresadas de internación de larga duración, el programa Vuelta a Casa que ofrece un recurso financiero mensual a los beneficiarios y el Programa de Desinstitucionalización que da financiamiento a equipos multidisciplinares que trabajan en la comunidad (12)).

Las residencias terapéuticas pueden albergar un máximo de ocho personas. Cuentan con un asistente o cuidador designado para apoyar a los usuarios en su vida cotidiana, debiendo compartir con ellos la vivienda y acompañarlos en la ciudad en procura de su autonomía

y en el desarrollo de su proceso de rehabilitación. Cada residencia debe estar afiliada a un CAPS y formar parte de la red de atención correspondiente a su jurisdicción. Para 2015, las camas en hospitales psiquiátricos pertenecientes al SUS habían bajado aún más, a 25.126 (de un total de 85 mil en 1983, menos de un tercio de las camas existentes entonces), pese al crecimiento demográfico en Brasil de 60% en este período (12, 13). Es importante señalar que un censo inédito realizado en 2011 presentó los datos de personas detenidas con causas penales en hospitales de custodia, con 3.989 personas censadas en todo Brasil. Del total, uno en cada cuatro no se sabe si debería estar internado y 21% cumple pena más allá del plazo previsto (14). Podemos pensar también en esa demanda adicional para los servicios de la red CAPS y la red de residencias terapéuticas que no había sido debidamente relevada con anterioridad.

En 2015, el modelo de cuidado de salud mental en Brasil, la Red de Atención Psicosocial, abarcaba siete componentes repartidos entre: 1) Atención básica en salud (Unidad básica de salud; Núcleo de apoyo a la salud y a la familia; Consultorio en las calles; Centros de convivencia y cultura); 2) Atención Psicosocial Estratégica (Centros de atención psicossocial, CAPS, en sus diferentes modalidades); 3) Atención de urgencia y emergencia (SAMU; Unidades de pronto atendimento 24h); 4) Atención residencial de carácter transitorio (Unidades de acogimiento, Servicios de atención en régimen residencial); 5) Atención hospitalaria (servicios hospitalarios de referencia en salud mental y alcohol y otras drogas, en hospitales generales, maternidades y pediatría); 6) Estrategias de desinstitucionalización (Servicios residenciales terapéuticos; Programa Vuelta a Casa; Programa de desinstitucionalización); 7) Estrategias de rehabilitación psicossocial (Iniciativas de generación de trabajo y renta; Fortalecimiento del protagonismo de usuarios y familias) (11).

De todos modos, existe cierto acuerdo en que las reformas han sido insuficientes aunque las críticas y propuestas pueden ser diversas e, inclusive, opuestas. Se ha esgrimido que, entre otros aspectos, en este nuevo modelo hay largas filas de espera, los usuarios tienen gran dependencia de los servicios, los dispositivos de cuidado no están suficientemente diversificados, los CAPS funcionan centralizando la atención, el estigma social de la enfermedad mental seguiría persistiendo, y no se estaría dando respuesta a las dificultades de las familias en la convivencia con personas con trastornos mentales severos (15). Asimismo, desde el ámbito clínico se ha planteado que el éxito de la reforma dependería de nuevas formas de ejercicio de la actividad clínica y práctica del tratamiento, y supone que el trabajador en salud mental esté preparado para realizar esas actividades (16). Autores como Dimenstein (15) han señalado que el carácter intersectorial de la reforma habría quedado supeditada excesivamente a respuestas del ámbito sanitario, sin la necesaria articulación con los otros sectores, generando pocas posibilidades de reinserción

social y de responsabilidad compartida por las diversas políticas públicas. Por estos motivos, sectores ligados a la psiquiatría critican el modelo de Reforma Psiquiátrica brasileña y proponen otras soluciones. Gentil (13) sostiene que la cuestión de la disminución de camas en hospitales psiquiátricos se refiere más a motivos ideológicos y económico-financieros, pero no a cuestiones técnicas. Este autor afirma que existe una exigencia “Basagliana” de prohibir el incremento de la red de hospitales psiquiátricos, pero que la deshospitalización debe ser subsecuente a la instalación de una red alternativa de servicios adecuadamente dimensionada, un hecho que a su entender no ocurrió en Brasil. Para Gentil (13) impedir la utilización de asilos por igualarlos a manicomios sería confundir estructura y función. Según este autor, el número de personas sin techo que deambulan por las calles (*moradores de rua*) en Brasil creció con el proceso de deshospitalización de la reforma psiquiátrica, que no pudo absorber los ex-pacientes con sus nuevos dispositivos para el cuidado de salud mental (17). En 2015, el Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada estimaba que 100 mil personas vivían en situación de calle en Brasil (18). Según estimaciones que se hicieran, en la ciudad de Río de Janeiro, 10,7% de la población en albergues públicos tendría esquizofrenia y 66,5% tendrían trastornos mentales (19). A estas preocupantes cifras, Gentil (17) le agrega que en Brasil todavía no se sabe cuántas personas con trastornos psiquiátricos están en prisiones en todo país.

Dado que el número de personas sin atención sigue siendo muy significativo, es aún tema de debate si la reducción en el número de camas psiquiátricas habría significado de por sí una mejora de la atención a personas con trastornos mentales. Pero a la hora de diseñar soluciones al problema, las alternativas se complejizan. Al decir de Dimenstein, las soluciones ensayadas hasta la fecha muestran “una situación de desinstitucionalización que no supera las fronteras sanitarias y mantiene viva las dicotomías salud-salud mental, y salud-condiciones de vida”. Sería necesaria, en cambio, “una red que abra camino no sólo a una modificación en las formas de cuidado y acogimiento del paciente, a partir de cambios administrativos y de la creación de nuevos equipos, sino también – y principalmente – a la invención de nuevas relaciones y sociabilidades dentro de la comunidad y el espacio urbano”. En última instancia, el asunto es que “la locura no es sólo una cuestión que atañe al campo de la salud” sino también “una cuestión de desigualdad, de opresión, de intolerancia, de marginalización y de exclusión” (15), y especialmente desde que todo lo que no es productivo corre el riesgo de ser considerado “enfermo”. En esta coyuntura de falencia de los servicios de atención a personas con trastorno mental, se sancionó la Resolución 32/2017 que crea nuevos dispositivos como las Unidades de Acogimiento Adulto e Infanto-Juvenil, Unidades de Referencia Especializadas en Hospitales Generales, Equipos Multiprofesionales de Atención Especializada en Salud Mental y Hospitales Psiquiátricos

Especializados (20). Este documento se muestra favorable a la conservación y aumento de camas psiquiátricas, lo cual ha desatado una amplia discusión entre diferentes sectores de la salud mental en Brasil (20).

Se sigue debatiendo en Brasil sobre el modelo ideal para la atención en salud mental. En una punta de esta discusión están las entidades psiquiátricas, como la Associação Brasileira de Psiquiatria, que creen que la red instituida no logró sustituir la anterior oferta de servicios de internación y que la nueva red de atención ha quedado incompleta para dar respuesta a los problemas de personas con trastorno mental. De acuerdo a su propuesta, serían necesarios hospitales que puedan ofrecer una respuesta inmediata y una atención ambulatoria diversificada y eficiente, en conformidad con el modelo de los hospitales universitarios. En la otra punta, están los sectores que apoyan la reforma psiquiátrica implementada y defienden la necesidad de un mayor tiempo de ajustes en la implementación para que pueda perfeccionarse. Para ellos, la solución no se resuelve con el aumento de camas y la creación de hospitales, sino con una estrategia de cuidados en red y de contextualización social. Sin embargo, estos sectores antagónicos comparten la perspectiva de que el sistema de salud mental brasileño seguiría teniendo importantes déficits en los servicios necesarios para el tratamiento y reinserción social de la población con trastornos mentales en Brasil.

Chile: La Reforma vía la integración en la atención en Salud

Chile ha desarrollado en las últimas décadas acciones específicas de reforma de la atención psiquiátrica, sin que a la fecha cuente con una ley específica de salud mental, aunque sí se han introducido modificaciones concordantes a la ley general de salud.

En Chile se dio la coincidencia temporal de la Declaración de Caracas y el final de la dictadura militar. En términos históricos, el sistema de salud mental de Chile ha sido descrito como habiendo atravesado tres fases: 1) Un primer tiempo denominado “manicomial”, que duraría hasta 1952 (con la creación del Servicio Nacional de Salud); 2) En la segunda etapa, el modelo es “hospitalocéntrico”, en donde se da la transformación de los manicomios en hospitales psiquiátricos y la instalación de servicios de psiquiatría en hospitales generales, que dura hasta 1990 (con el retorno de la democracia); 3) La etapa actual, aún vigente, sigue un modelo llamado “ambulatorio/comunitario” que se ha basado en una amplia inclusión de la salud mental en la atención primaria, instancia en la cual se atiende a la mayoría de las personas con trastornos mentales sin descuidar el funcionamiento en red con los otros niveles de atención (21).

Sin embargo, también cabe destacar que Chile, para la década de 1950, contaba con una sólida tradición en investigación epidemiológica en Salud Mental así como con interesantes experiencias de implementa-

ción de servicios de salud mental de base comunitaria: para entonces se crean las primeras camas de psiquiatría y se organizan algunos servicios de salud mental para tratamiento ambulatorio, en ambos casos, en hospitales generales (22). Hacia fines de 1960 se formula el primer programa nacional de salud mental, aunque nunca llega a implementarse por falta de apoyo político y de recursos financieros para hacerlo. De acuerdo a esta propuesta, la atención debía centrarse en el desarrollo de una red servicios con base en los centros de atención primaria y en hospitales generales, así como se indicaba que debían implementarse hospitales de día, hogares convivenciales y talleres protegidos. Pero el ensayo de estas propuestas se interrumpió en 1973 como resultado del golpe militar.

Para el momento del retorno de la democracia en Chile, en 1990, la situación de la atención psiquiátrica se destaca por: 1) la atención psiquiátrica estaba concentrada en cuatro grandes hospitales psiquiátricos ("El Peral", "El Pinel", "El Horwitz" y "Del Salvador"); 2) el 70% de las camas de estos hospitales estaban ocupadas por internaciones de larga duración, cercanas en promedio a los 20 años; 3) 80% del presupuesto estaba en estos hospitales; 4) El 80% de las personas que ahí vivían no requerían del hospital sino de apoyos para vivir fuera de la institución (23).

Ya en el marco de la tercera etapa descrita, en 1993 se firmó el primer plan nacional de salud mental que contemplaría, incluso, la evaluación de su funcionamiento y resultados. A las propuestas del programa de los '60 se le sumó el desarrollo de programas de rehabilitación psicosocial con el fin de colaborar con la inclusión social de las personas con trastornos mentales severos así como la búsqueda activa para disminuir la brecha de tratamiento psiquiátrico por medio de programas específicos de salud mental en los centros de atención primaria.

Un segundo plan de salud mental se lanzó en Chile en 2000 luego de una cuidadosa evaluación de los aciertos, fracasos, obstáculos y facilitadores para las transformaciones emprendidas siete años antes. Chile buscó aprender de otras experiencias internacionales de reforma (en particular la de Granada, España), con asesoría directa y en terreno por parte de los equipos españoles así como con capacitación de actores claves en el proceso de reforma chileno. Asimismo, también adoptó la idea de no perder de vista la necesidad de implementar las prácticas que contasen con la mejor evidencia disponible. Se propuso aumentar el presupuesto específico de Salud Mental a lo largo de 10 años desde un magro 1,3% hasta el 5%, además de reasignar el financiamiento y privilegiar la atención primaria. Las personas con trastornos mentales y sus familias estarían involucradas en las transformaciones tanto en la planificación como en la evaluación a nivel local y nacional. Las áreas prioritarias serían: 1) la promoción y prevención en salud mental; 2) la atención de niños y adolescentes con trastorno por déficit atencional e hiperactividad; 3) padecimiento mental asociado a la violencia (fuera ésta doméstica o

derivada de la dictadura militar); 4) depresión; 5) esquizofrenia; 6) abuso y dependencia del alcohol y drogas; 7) enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

Asimismo, se promulgó una ley para la protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales con o sin discapacidad y se organizó una forma de monitoreo de su cumplimiento en las instituciones psiquiátricas con comisiones regionales y nacionales que asegurasen su aplicación. Para 2004 se sancionó el Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) para 56 enfermedades prioritarias, entre las cuales figuraba el tratamiento para la esquizofrenia a partir de su primer episodio, la depresión en mayores de 15 años, el abuso de sustancias para menores de 20 años y, más recientemente, el trastorno bipolar en personas mayores de 15 años. De este modo se buscó asegurar por ley que las personas con determinadas patologías pudieran contar con una cobertura oportuna y de calidad, incluyendo los modos específicos en que se llevarían a cabo los tratamientos. Dicha reforma de salud, que continúa en expansión y ha buscado alcanzar a más enfermedades, trasciende al campo específico de la salud mental y ha sido comparada, al menos en su aspiración, con aquellas llevadas a cabo en Canadá, Australia, el Reino Unido o países escandinavos.

Sin embargo, la inclusión de un componente de salud mental en la atención primaria no estuvo exenta de dificultades ya que los médicos y otros profesionales de la salud estuvieron muy parcialmente inclinados a percibir los beneficios de esta integración (22). A su vez, el establecimiento de estas prioridades vio afectada la calidad de la atención de otras patologías mentales así como se resintió la promoción y prevención de patologías mentales dada la prioridad asignada al tratamiento de determinadas otras enfermedades.

La distribución de las camas para internación de problemas psiquiátricos se fue modificando en los últimos 25 años. En 1990, de las casi 3400 camas, tan solo el 7% (n= 239) se hallaba en hospitales generales, en tanto el 93% estaban en hospitales psiquiátricos. Para 2010, las camas en hospitales psiquiátricos se habían reducido a algo más de 1000, se habían duplicado las camas de hospitales generales, las plazas en hospitales de día se aproximaban al total de camas en hospitales monovalentes y, sumadas las plazas de hospital de día más las de hospitales generales y agregando los lugares disponibles en casas convivenciales, se había logrado casi triplicar la oferta de camas en hospitales psiquiátricos (24).

Análogamente, luego del fortalecimiento del componente de salud mental en la atención primaria de la salud y en los hospitales generales, gracias a la presencia de psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y guías de tratamiento para las patologías psiquiátricas más frecuentes llevadas adelante por médicos generalistas, se dio un significativo aumento de consultas por trastornos psiquiátricos con estos últimos en comparación con un crecimiento leve en las consultas especializadas. Eso determinó que para 2004 fuesen más las consultas por

problemas psiquiátricos abordadas por médicos generalistas que por especialistas. En 2007, los primeros casi duplicaron las consultas de los segundos (aproximadamente 800.000 visitas al año vs. 400.000).

Si bien se ha privilegiado el primer nivel de atención (incorporando un componente de Salud Mental) y se ha desarrollado una extensa red en el segundo nivel (por medio de 142 equipos especializados distribuidos en Centros de Salud Mental Comunitaria (COSAM) y en Centros Adosados de Especialidades (CAE), Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), y en Centros de Referencia de Salud (CRS) o Servicios de Psiquiatría, el tercer nivel también ha sido reformulado. En el año 2015 se elaboró un modelo de gestión para las Unidades de Hospitalización de Corta Estadía, modificando la nomenclatura existente por Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP), definiendo con mayor claridad su rol tanto al interior del hospital general como en la red territorial a la que pertenece, proporcionando una base para homogeneizar los procesos de funcionamiento, aspectos estructurales y de estándares de recursos humanos de estas unidades. Uno de los cuatro hospitales monovalente, el hospital "Del Salvador", logró el objetivo de externar hacia dispositivos comunitarios a todos sus pacientes de larga estadía. El hospital "Peral" pudo disminuir su dotación de camas de mediana estadía a 68 y las de Larga Estadía a 57. El hospital "Pinel" se quedó con algo más de 100 camas de mediana estadía y otro tanto para larga estadía, en tanto el Instituto Psiquiátrico "Horwitz" tiene 206 camas de larga estadía (aunque buena parte de ellas funcionan en la Clínica Gaete).

Todo esto no impidió que para 2010 el porcentaje estimado de personas con determinadas patologías que estaría sin tratamiento -la así llamada "brecha de tratamiento"- fuese de 55% para la depresión, 91% para el abuso de sustancias y 78% para la esquizofrenia (25). Asimismo, al momento de la reformulación de nuevo plan de Salud Mental en Chile (26), el porcentaje dedicado a Salud Mental no había logrado acercarse verdaderamente al 5% del gasto en Salud. Se vio, también, que se mantienen falencias importantes en la protección de los derechos de las personas con enfermedad o discapacidad mental (por ejemplo, no se les reconoce el derecho a la capacidad jurídica ni el derecho a dar consentimiento para procedimientos irreversibles, pueden ser declarados/as interdictos/as, y se permite la hospitalización involuntaria sin la existencia de una autoridad independiente que las fiscalice). Asimismo, se vio que la tasa nacional de tratamiento disminuyó entre 2004 y 2012 (aunque aumentaron las hospitalizaciones involuntarias y la reclusión en salas de aislamiento), que cerca de medio millar de personas siguen en servicios de larga estadía en hospitales psiquiátricos, que las minorías lingüísticas, étnicas y religiosas no tienen acceso adecuado a los servicios especializados y que las agrupaciones de usuarios de servicios de salud mental y familiares tienen baja presencia y nivel de organización (24).

El nuevo plan de Salud Mental destaca siete líneas prioritarias de trabajo: 1) Regulación y derechos humanos; 2) Provisión de servicios de Salud Mental; 3) Financiación; 4) Gestión de la calidad, sistemas de información e investigación; 5) Recursos humanos y formación; 6) Participación; 7) Intersectorialidad.

El cuerpo normativo que sustenta la atención de personas con trastornos mentales presenta algunas contradicciones que actualmente se plantea superar por medio de una legislación específica de Salud Mental. Chile ratificó en julio de 2008 la Convención Internacional para los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo, comprometiéndose así a "...asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna por motivos de discapacidad". Sin embargo, el diagnóstico ofrecido por el Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental en 2014 señaló que "...la legislación que se encuentra vigente en nuestro país está en clara contravención a los principios de la CDPD y sus disposiciones concretas...". Hasta el presente las leyes que regulan la atención especializada forman parte de leyes más generales (por ejemplo, la Ley 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, promulgada el 13 de abril de 2012).

De acuerdo al Ministerio de Salud de Chile (26), "se hace evidente la necesidad de actualizar y reformular el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, que oriente los esfuerzos y la inversión de recursos en materia de protección y cuidado de la salud mental de la población, el tratamiento de las personas con problemas y trastornos mentales y la rehabilitación e inserción social de las personas con discapacidad mental, en concordancia con los principios establecidos en la Convención Internacional para los Derechos de las Personas con Discapacidad y con el desarrollo alcanzado por nuestro país" (pág. 23). Como parte de este plan, por ejemplo, se ha trazado el objetivo de contar con una legislación específica de Salud Mental junto con su reglamentación para el año 2020. A su vez, de acuerdo a este plan, se ha planteado que la atención en Salud Mental "se organiza de acuerdo al Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, el que se basa en tres principios irrenunciables: integralidad, continuidad de los cuidados, y centro en la persona y su entorno, enfatizando la promoción y prevención y abordando los problemas de salud de las personas con un enfoque familiar y participativo" (pág. 46).

En cuanto al financiamiento, y atendiendo a la limitación presupuestaria, se ha planteado comenzar por reducir la brecha de información sobre recursos de salud mental e identificar nuevos mecanismos para financiar las acciones de salud mental.

La gestión de la calidad incluye objetivos estratégicos tales como "contar con indicadores trazadores que den cuenta del cumplimiento de los estándares de calidad del Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental

y que permitan hacer un seguimiento periódico de la red de servicios, además de realizar procesos de retroalimentación a los equipos” (pág. 89) y “avanzar en la acreditación de establecimientos que otorgan servicios de salud mental” (pág. 91).

En cuanto a la participación, el plan 2017 parte de la conceptualización del modelo de la recuperación en Salud Mental y se plantea entre otros objetivos estratégicos “fortalecer la creación y funcionamiento de organizaciones sociales de usuarios/as, familiares y otras personas asociadas a salud mental” (pág. 120), “desarrollar un plan de difusión y comunicación eficiente en Salud Mental, dirigido a usuarios, usuarias, familiares y comunidad en general” (pág. 121), “garantizar los espacios e instancias de toma de decisiones de los usuarios y usuarias en relación con sus procesos de tratamiento y recuperación” (pág. 123).

En relación a la intersectorialidad, se ha planteado que es fundamental “generar estrategias colaborativas entre el sector salud y otros sectores del Estado, para abordar temáticas comunes en el ámbito de la salud mental, con el objeto de mejorar la calidad de vida de las personas, fomentando factores protectores, detectando tempranamente factores de riesgos y promoviendo la inclusión social de las personas que presentan situación de discapacidad asociada a problemas o trastornos mentales”.

Asimismo, Chile ha comenzado a hablar en su plan de salud mental sobre la recuperación y la importancia de orientar los servicios hacia la recuperación. De igual forma, plantea la incorporación de pares (personas con experiencia vivida de padecimiento mental que explicitan esta condición como parte de su apoyo a otros en sus procesos de recuperación) o la importancia de los procesos de decisiones compartidas entre profesionales y usuarios.

Sin embargo, algunos investigadores chilenos han manifestado que han habido escasos esfuerzos por evaluar algunos componentes de estas transformaciones como, por ejemplo, los resultados de la implementación de AUGE, el uso, la adaptación y fidelidad de las guías de tratamiento, o la existencia de barreras y facilitadores de los programas adoptados (27, 28).

En síntesis, el proceso de reforma psiquiátrica en Chile pasó fundamentalmente por el fortalecimiento del primer nivel de atención y la incorporación de un componente de salud mental a través de guías de tratamiento llevadas a cabo por médicos generalistas, y por el desarrollo de Centros Comunitarios de Salud Mental en el segundo nivel de atención. La externación de pacientes internados por períodos prolongados fue acompañada del desarrollo de alternativas a la internación y al énfasis creciente en dispositivos de atención de base comunitaria. Para ello no se promulgó una ley específica de Salud Mental, aunque sí se introdujeron modificaciones en la ley de Salud general, se suscribieron tratados internacionales de protección de derechos de personas con discapacidad y se promovió la participación de usuarios en organizaciones que abogan por sus derechos.

Colombia: La Reforma en medio del modelo de aseguramiento en Salud

Colombia cuenta recientemente con una ley específica de salud mental, aunque el análisis del estado de la reforma de la atención psiquiátrica en dicho país requiere de la revisión de lo que ha sido la reforma del sistema de seguridad social en salud en general.

En Colombia, el concepto de salud mental se estableció en la segunda mitad del siglo XX en reemplazo del concepto de higiene (29), en el marco de un manejo institucional imperante y coincidió con cambios institucionales en el Ministerio de Salud, en las propuestas teóricas en torno a los trastornos y corrientes de pensamiento que llegaron gradualmente al país en el curso de esta época. Se pueden describir, entonces, cuatro periodos en su desarrollo y en la adopción de la reforma psiquiátrica en el país (30).

En primera instancia, se reconoce un periodo de apropiación del concepto de salud mental y desarrollos de la reforma en este campo de 1963 a 1978, un segundo periodo de intervenciones más amplias en salud mental, ligadas con la atención primaria desde Alma Ata (31), que llegó hasta 1993/1996; un tercer periodo, de retroceso, asociado a la Ley 100 de Seguridad Social en Salud de 1993 (32) que en términos prácticos inicia en 1996 hasta 2005/7 y, finalmente, un período de recuperación de las intervenciones en salud mental y de gestión del riesgo en salud mental desde 2007 hasta nuestros días. Dentro de los dos primeros periodos se pueden describir avances en la reforma psiquiátrica que están representados por reformas institucionales, de desarrollo de servicios comunitarios, de procesos de desinstitutionalización variopintos en diversas regiones del país (33). Este primer periodo se caracterizó por modificaciones de hospitales, apertura de servicios de consulta externa y unidades de salud mental en hospitales regionales.

En un segundo periodo, y gracias a la apropiación de la Atención Primaria, se establecen elementos que impulsan el desarrollo de la reforma. Es el caso de la elaboración de un Programa Nacional de Salud Mental en 1981-2 y la propuesta para impulsar la Atención primaria en salud mental (34), a través de los espacios comunitarios y la formación de equipos locales en salud mental (35). Este desarrollo se dio además gracias al propósito, a nivel ministerial central y regional, de rescatar el campo de salud mental, históricamente abandonado y ligado a ideas eugenésicas en la primera mitad del siglo XX.

Hasta final de la década de los 80 e inicios de la década de los 90, los avances en este campo fueron evidentes y coincidentes con los planteamientos de la Declaración de Caracas de Caracas de 1990 (36). Sin embargo, desde el inicio de los años 90, los cambios en el Sistema de salud colombiano tendrían un efecto fundamental en este tipo de propuestas. En primera instancia con la Ley 10 de 1990 que establecía que la salud era un servicio (37), en la Constitución Política de Colombia de 1991 (38) y posteriormente la Ley 100 de 1993 (31), a través

de la cual se estableció el Sistema de Seguridad Social en Salud.

La salud mental en Colombia sufre en este periodo un retroceso en la apropiación estatal, no se consideró una prioridad y quedó bajo una restricción económica, limitada a la atención en servicios ambulatorios de consulta externa y de hospitalización por unas semanas al año. Los avances obtenidos en diferentes áreas de intervención en comunidad y desinstitucionalización se ven afectados en su implementación al quedar desfinanciados y son gradualmente cerrados (39). Los datos correspondientes a la oferta en salud mental para el periodo 1996 a 2011 no están disponibles y sólo se retomarían recientemente a través del Observatorio de Salud Mental. Esta situación, sin embargo, contrasta con el efecto que tuvo la aplicación del modelo en la larga estancia, la cual se vio reducida al no verse económicamente justificada. Los determinantes de tal situación fueron primordialmente financieros y no en torno a los derechos, ya que el acceso a los servicios también se redujo. Así mismo, es un contraste que durante ese periodo se desarrollara la Política Nacional de Salud Mental de 1998, aún vigente, ya que pese a que se desarrollaron distintas propuestas de política de salud mental para reemplazarla, ninguna de ellas tuvo resultados ya que no fueron acogidas estatalmente.

También la política de 1998 tuvo problemas de apropiación, dada la Ley 100 de 1993 y una limitada implementación (40). Así mismo, una experiencia para rescatar en este periodo corresponde al Centro de Salud Mental Envigado en Antioquia (33). Colombia deja de ser uno de los representantes regionales de procesos de reforma psiquiátrica y de salud mental comunitaria, lo cual se haría visible en la Declaración de Brasilia (41).

Un cuarto periodo en esta línea corresponde a una nueva aproximación al tema de salud mental después de 2005/2007, que proviene de los reclamos internos por su exclusión evidente y reconocida por el Ministerio de Salud (para ese momento Ministerio de Protección Social). Así también, de situaciones externas que lo hicieron visible: en primera instancia, la recuperación del tema desde OPS-OMS con las guías de políticas de salud mental (42); en segundo lugar, la APS renovada (43) y las dificultades que en salud mental se habían hecho inocultables en tres estudios nacionales de salud mental. Aunque estos estudios de 1993, 1997 y 2003 se centraron en la prevalencia de las patologías, dieron cuenta de la alta frecuencia de trastornos mentales y las dificultades en la atención (44).

En contraste con lo anterior, en 2010 se establece una convocatoria desde la Comisión Séptima de Cámara de representantes para una Ley de Salud Mental. Antes de ello, cinco o seis proyectos de ley de salud mental se habían malogrado. La convocatoria para la elaboración de la Ley a diferentes actores y agentes en el Campo de la salud mental fue amplia, considerando a la academia, hospitales, asociaciones de pacientes entre otros. Gracias a una gestión política con otras bancadas de

cámara y senado esta ley es promulgada en enero de 2013, como Ley 1616 de salud mental. Es descrita como una ley garantista de derechos, con énfasis en tres puntos: la ampliación de los servicios, un ajuste a la política nacional de salud mental y los espacios de participación. Otros puntos considerados en torno a la atención integral e integrada; la promoción y prevención; la priorización de la infancia y adolescencia; y la rehabilitación basada en comunidad están asociadas con los propósitos de la reforma psiquiátrica y la Declaración de Caracas (40). Esta ley ha sido denominada por quienes participaron de su preparación como la "Ley Esperanza", y así pasó a ser llamada en Colombia, debido a los derechos que se propone consagrar.

Sin embargo, los avances a cuatro años de promulgada la ley se quedan cortos, habiéndose desarrollado tan solo el Consejo Nacional de Salud Mental y algunos de los consejos territoriales. La ampliación de servicios como atención domiciliaria, centros de salud mental comunitaria y ampliación de hospitales día no se han desarrollado. Las propuestas de Rehabilitación Basada en Comunidad (45) se encuentran consignadas en un documento ministerial a la espera de su articulación con las Rutas Integrales de Atención (RIAS), que en salud mental se encuentran pendientes (46).

Adicionalmente, la propuesta gubernamental se encuentra encaminada de manera tal que sus énfasis se encuentran centrados en dos líneas de trabajo: la salud mental y convivencia y por otro lado la gestión del riesgo en salud mental de acuerdo con el Plan Decenal de Salud Pública (47).

En este periodo sobresale el estudio nacional de salud mental de 2015. Su enfoque amplía la perspectiva y, a diferencia de los realizados anteriormente, enfatiza los aspectos sociales de la vida y aquellos ligados al proceso de paz, así como también mediciones del estado de salud y cuestiones vinculadas al envejecimiento poblacional. A pesar de la intención de la Ley de salud mental 1616 en Colombia, predomina la aproximación estatal basada en el sistema de aseguramiento, ámbito en el cual no ha existido eco para la implementación de intervenciones de carácter comunitario y procesos de desinstitucionalización. La atención primaria en salud mental se ha focalizado además en la estrategia de mhGAP.

En tal medida, la posibilidad de acceso a las intervenciones se ve limitada por la oferta dentro de un sistema que ha optado en sus actores, aseguradores y prestadores por la limitación del acceso a los servicios y estrategias. Esta aproximación es acorde con una mirada econométrica de salud y el derecho a la salud, entendido como el derecho a la prestación de servicios, tal como establece la Ley Estatutaria de la salud de 2015 (48).

También cabe señalar que si bien la ley de Salud Mental se referencia al Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021, la ley conserva vestigios de un modelo mucho más ligado a la tradición médica de la psiquiatría clásica que el PDSP. Este plan de salud, a diferencia de la Ley de Salud Mental, incorpora diferentes enfoques

complementarios tales como el de derechos, de perspectiva de género y ciclo de vida (persona mayor, adultez, juventud y niñez), el diferencial (considerando las necesidades específicas de las poblaciones con discapacidad, de las víctimas de la violencia y de los grupos étnicos) y el de determinantes sociales de la salud (47). En la Ley de 2013, por ejemplo, en cambio, se afirma que “la rehabilitación psicosocial es un proceso que facilita la oportunidad a individuos que están deteriorados, discapacitados”. Esta forma enunciativa da cuenta de una concepción de las personas con discapacidad que sería previa a la Convención por los Derechos de las Personas con Discapacidad, a pesar de que Colombia adhirió a la CPDP en 2011 y que promulgó su propia Ley de Derechos de Personas con Discapacidad un mes después de la “Ley Esperanza”, y en contradicción con el PDSP (49).

Discusión

A la luz de las experiencias reseñadas queda claro que las transformaciones en el campo de la atención psiquiátrica requieren ingredientes adicionales a las leyes de Salud Mental. Al menos los estudios epidemiológicos y las encuestas de Salud Mental, así como planes específicos de acción y programas coordinados, son igualmente necesarios para dar cuerpo a transformaciones que las leyes de Salud Mental tan solo iluminan, resaltan y buscan garantizar normativamente aunque sin por ello y por sí mismas poder materializar.

Por otro lado, las leyes de Salud Mental van más allá de las indicaciones o normas para la atención de las personas con trastornos mentales. Así como los estudios epidemiológicos se centran en las enfermedades o trastornos, las encuestas (como la de Colombia de 2015) se ocupan de un modo mucho más general acerca de “la salud mental de la población”. En tal sentido, debe señalarse la distancia existente, por un lado, entre los enfoques jurídicos y aquellos centrados en la salud y, por otro, las necesidades de atención o de reforma en la atención psiquiátrica. Mientras que los primeros abarcan al 100% de la población, la atención seguramente deberá privilegiar a la población que ha desarrollado un trastorno o, mismo, que podría ser vulnerable a desarrollarlo. Por lo tanto, dejar exclusivamente en manos de las leyes la capacidad para generar transformaciones en la atención podría ser como dejar en manos de las leyes de tránsito el modo en que se realizará la construcción o las reformas de las autopistas.

Otro punto importante de la discusión deriva de la inevitable presencia de tensiones entre diferentes modelos en pugna para comprender la salud mental de la población. En tal sentido, tal como sugiere la Guía de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) para la implantación de tratamiento extrahospitalarios, parecería ser importante lograr la participación de una considerable variedad de actores y de los modelos en pugna para la redacción de una ley que luego pueda ser implementada con relativo

consenso (9). Tales consensos no han resultado fáciles de lograr en ninguno de los países considerados. Brasil y Argentina encabezan las tensiones en este rubro. Tal vez no sea casual que en ambos casos, las leyes de salud mental son también conocidas por el nombre de quien las impulsara, a diferencia de Colombia que conoce su ley de salud mental por el nombre de un valor que buscaba promover: la esperanza.

Asimismo, las relaciones entre leyes y reformas específicas de Salud Mental y leyes y reformas más generales de salud, son particularmente iluminadas por las experiencias de estos países latinoamericanos. La salud mental no es sino un componente de la salud y, en tanto tal, las normativas que la alcanzan requieren de una armonización y de esfuerzos integrados con todo el campo de la salud. Chile y Colombia muestran dos estrategias bien distintas aunque ambas avanzan por el lado de las transformaciones en la atención de la salud general, en el seno de la cual ubican las necesarias transformaciones de la atención en Salud Mental.

La intersectorialidad con la que es indispensable pensar la ayuda para personas con trastornos mentales más severos es también una deuda pendiente en los países analizados. El modo en que se interrelacionan con frecuencia la enfermedad mental grave y la pobreza no dan lugar a duda al respecto y países más preocupados por la pobreza, como Brasil, no dejan de señalarla como una de las dificultades y limitaciones de la reforma emprendida. Un punto insoslayable del análisis de estos procesos y de la comparación entre países es el énfasis dado particularmente en Chile a la producción de datos y la evaluación de los planes implementados. Argentina tuvo que esperar más de 30 años para volver a realizar un estudio epidemiológico a gran escala en población general (50) y sigue muy rezagada en la producción de información que pueda ser útil para la planificación, el desarrollo de estrategias y programas que luego puedan ser evaluados. Por último, el cierre de grandes hospitales psiquiátricos tuvo muy importantes avances en los tres países analizados, con Chile y Brasil usando dos estrategias distintas para desarrollar alternativas a la internación. La transferencia de recursos se ha planteado con claridad en estos países, aunque se haya dado menos énfasis a la reconversión de los recursos humanos existentes. En la actualidad, Brasil vuelve a discutir la necesidad de contar con más camas para la internación psiquiátrica ante las limitaciones halladas en el desarrollo de instancias intermedias y el incremento de personas externadas que no reciben adecuada atención. Algo similar hace Colombia luego de una reducción, por motivos fundamentalmente económicos, en la cobertura de días de internación. Solo Chile parece haber podido avanzar más decididamente en la reducción de camas sin comprometer la atención. En cualquier caso es importante comprender que la reforma psiquiátrica no consiste únicamente en reducir plazas de internación psiquiátrica sino en una revisión crítica de las prácticas que no cuentan con fundamentos, en la cobertura universal y la disminución de la

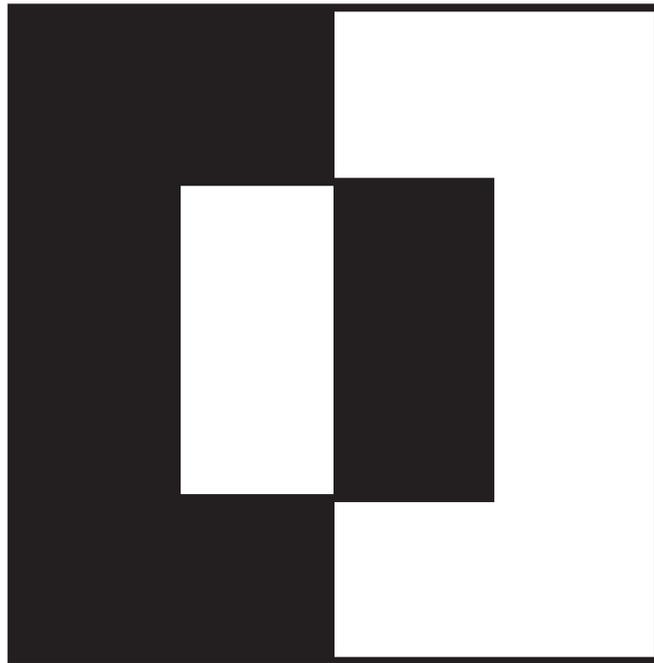
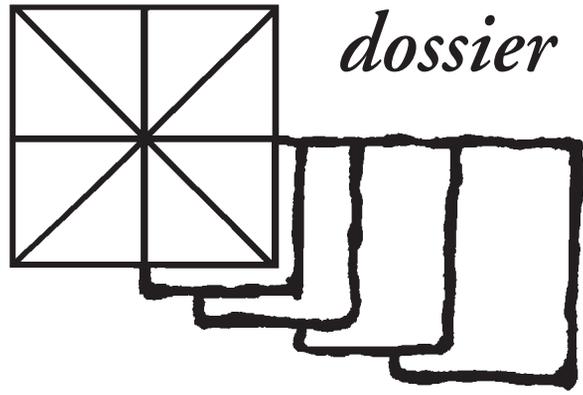
brecha de tratamiento, en un respeto irrestricto de los derechos de las personas, en la integración de la salud mental como parte de la salud general, y en la orientación de los servicios de un modo intersectorial hacia

la recuperación. En este sentido, todos los países analizados siguen estando en deuda aunque algunas de sus experiencias pueden servir para las futuras transformaciones en la Argentina. ■

Referencias bibliográficas

- Levav I, Restrepo H, Guerra de Macedo C. Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina. *Acta psiquiátr psicol Am lat.* 1993, 39(4), 285-293.
- OPS/OMS. *Declaración de Caracas*, 1990. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/067_psico_preventiva/curzada/dossier/declaracion_caracas.pdf.
- Díaz-Muñoz E. *Estudio comparado de leyes de salud mental internacionales*. Santiago: Ministerio de Salud de Chile, 2015.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Legislación sobre Salud Mental y Derechos humanos*. Ginebra, 2005.
- Jacob KS, Sharan P, Mirza I, Garrido-Cumbrera M, Seedat S, Mari JJ, Sreenivas V, Saxena S. Mental health systems in countries: Where are we now? *Lancet* 2007, 370(9592):1061-77. DOI:10.1016/S0140-6736(07)61241-0
- Semrau M, Barley E, Law A, Thornicroft G (2011). Enseñanzas obtenidas en la implementación de la asistencia a la salud mental en la población de Europa. *World Psychiatry* (Ed Esp) 2011, 10, 217-225.
- Galende E. *Psicoanálisis y salud mental: para una crítica de la razón psiquiátrica*. (3ª Edición). Buenos Aires: Ed. Paidós, 1994.
- Stagnaro JC. Los psiquiatras y los hospitales psiquiátricos. Del asilo a la comunidad. *Vertex, Rev. Arg. de Psiquiat.* 2006, 17(65): 28-34.
- Thornicroft G, Alem A, Antunes Dos Santos R, Barley E, Drake R., Gregorio G, Wondimagegn D. Guía de la WPA sobre los pasos, obstáculos y errores a evitar en la implementación de la asistencia psiquiátrica extrahospitalaria. *World Psychiatry* (Ed Esp) 2010, 8(2), 67-77.
- Delgado PG. Reforma psiquiátrica y políticas de Salud Mental en Brasil. En J. J. Rodríguez, ed. *La reforma de los servicios de Salud Mental: 15 años después de la Declaración de Caracas*. Washington: OPS, 295-326, 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados 12*, 2015. Disponible en: http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015*. Ministério da Saúde: Brasília. Maio, 2016, 143 p. Disponible en: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf> (Último acceso 13/08/2018)
- Gentil V. Uma Leitura Anotada do Projeto Brasileiro de "Reforma Psiquiátrica". *Revista USP São Paulo*, 1999, 43, 6-23
- Diniz D. A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011. Brasília: Letras Livres, Editora Universidade de Brasília, 2013. Disponible en: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/15170/1/LIVRO_CustodiaTratamentoPsiquiatico.pdf (último acceso 13/08/2018)
- Dimenstein M. La reforma psiquiátrica y el modelo de atención psicosocial en Brasil: en busca de cuidados continuados e integrados en salud mental. *Revista en Ciências Sociais* 2013, (11), 43-72.
- Berlinck MT. La Reforma Psiquiátrica Brasileña: Perspectivas y problemas. *Salud Mental* 2009, 32(4), 265-267.
- Gentil V. A Ética e os Custos Sociais da "Reforma Psiquiátrica". *Revista de Direito Sanitário*, 2004, 5(1)
- Natalino MAC. Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil. *Texto para discussão 2246*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília, 2016.
- Lovisi MG. Avaliação de Distúrbios Mentais em Moradores de Albergues Públicos das Cidades do Rio De Janeiro e de Niterói. *Tese apresentada na Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública*. 2000.
- Martins LM. Às Imagens, as Sombras do Porvir: 30 Anos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Revista Diorito* 2018, 2(1)
- Minoletti A, Rojas G, & Sepúlveda R. Notas sobre la historia de las políticas y reformas de salud mental en Chile. En M. Armijo, ed. *La psiquiatría en Chile. Apuntes para una historia*. Santiago de Chile: Royal Pharma, 132-155, 2011
- Minoletti A, Sepúlveda R, & Horvitz-Lennon M. Twenty Years of Mental Health Policies in Chile: Lessons and Challenges. *International Journal of Mental Health* 2012, 41(1), 21-37. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/42003795>
- Gómez M. *Discapacidad Mental en Chile*, 2016. Disponible en: <https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmid=52952&prmtipo=DOCUMENTOCOMISION>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) & Ministerio de Salud de Chile. *Segundo informe WHO-AIMS sobre Sistema de Salud Mental en Chile*, 2014. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_chile.pdf
- Vicente B. et al., 2010. Epidemiología de trastornos mentales infanto-juveniles en la provincia de Cautín. *Revista Médica de Chile* 2010, 138(8), 965-973.
- Ministerio de Salud de Chile. *Plan Nacional de Salud Mental 2017 - borrador*, Santiago de Chile, 2017. Disponible en: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/06/Borrador-PNSM-Consulta-Pública.pdf>
- Sapag JC, Rush B, Ferris LE. Collaborative mental health services in primary care systems in Latin America: contextualized evaluation needs and opportunities. *Health Expectations* 2016, 19(1):152-69.

28. Mascayano F, Gajardo J. Ciencia de Implementación en la evaluación de programas y servicios de salud en Chile. *Rev Med Chile* 2018, 146:942-946.
29. Escudero de Santacruz C, & Molina Bulla CI. Repensar la noción oficial de salud mental. En C. I. Molina Bulla, *Construcción social de la salud mental y la psiquiatría* (págs. 59-80). Bogotá: Departamento de publicaciones de la Universidad Externado de Colombia, 2017.
30. Escudero de Santacruz C, Molina-Bulla CI, & Cruz O. *Historia Viva*, 2018. Disponible en: http://www.javeriana.edu.co/mentalpuntodeapoyo/?page_id=328
31. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Declaración de ALMA-ATA*, 1978. Disponible en www.paho.org: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=2518
32. Colombia. Congreso de la República. *Ley 100 de 1993*. (23 de Diciembre de 1993) Obtenido de Secretaría del Senado: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
33. Escudero de Santacruz C, Molina-Bulla C, & Cruz O. *Línea de tiempo de la APS en Colombia*. 1. Cartagena, Bolívar, Colombia, 2011.
34. Climent C & Arango MV. Atención primaria de salud mental en América Latina. El programa de Cali. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 1981, 27(4/5), 257-74.
35. Climent C & Arango M. *Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Serie Paltex, 1983.
36. Alarcón R. *Identidad de la psiquiatría latinoamericana. Voces y exploraciones en torno a una ciencia solidaria*. México: Siglo XXI, 1990.
37. Colombia. Congreso de la República. *Ley 10 de 1990*. Disponible en Ministerio de Salud y protección social: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%200010%20DE%201990.pdf
38. Asamblea Nacional Constituyente. *Constitución Política de Colombia, 1991*. Disponible en Presidencia de la República: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Documents/Constitucion-Politica-Colombia.pdf>
39. Ardila S. Lo Comunitario y la Transformación de la Atención en Salud Mental en el Contexto de las Reformas Sanitarias Pro-mercado: Estudio de Caso – Bogotá. *Revista Investigaciones en Psicología* 2009, 14(2): 7-23.
40. Molina-Bulla CI. Gobernanza y salud mental. Dimisión del estado frente a la construcción de política pública en salud mental. En M. Gutiérrez, Cátedra UNESCO. *La investigación y la gobernanza. Reorientación de las políticas públicas sobre el desplazamiento forzado*. (págs. 177-132). Bogotá: Departamento de publicaciones de la Universidad Externado de Colombia, 2011.
41. OPS/OMS, Ministerio de Salud de Brasil (2005). *Principios de Brasilia*. Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2008/PRINCIPIOS_DE_BRASILIA.pdf
42. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006). *Política, planes y programas de salud mental*, 2006. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43526/8495076799_spa.pdf;jsessionid=04402D028ED6235449D-D43D48F1FF11A?sequence=1
43. OPS/OMS (2007). *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, 2007*. Disponible en: https://cursos.campusvirtualsp.org/file.php/118/Modulo_I/md3-lp-reno
44. Ministerio de Salud y Protección Social & Colciencias. *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015*. Tomo 1. 2015. Disponible en: <http://www.psicosocialart.es/saludmental/saludmental.htm>
45. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. *RBC en salud mental. Manual Operativo, 2016*. Obtenido de Ministerio de Salud: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/rbc-salud-manual-operativo.pdf>.
46. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. *Rutas integrales de atención en salud (RIAS)*, 2018. Obtenido de Ministerio de Salud y Protección social: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/rutas-integrales-de-atencion-en-salud.aspx>
47. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. *Plan Decenal de Salud Pública*, PDSP (2012 - 2021), 2012. Disponible en: [http://www.minsalud.gov.co/Documentos_y_Publicaciones/Plan Decenal - Documento en consulta para aprobación.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Documentos_y_Publicaciones/Plan-Decenal-Documents-en-consulta-para-aprobacion.pdf)
48. Colombia. Congreso de la República. *Ley 1751 de 2015*. Disponible en Ministerio de Salud y protección social: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
49. Barrero-Plazas AM. Perspectiva de la Salud Mental en el contexto colombiano. Comentarios sobre la Ley 1616 de Salud Mental. *Revista Poiésis* 2016, 31, 72–77.
50. Stagnaro JC, Cía A, Aguilar Gaxiola S, Vázquez N, Sustas S, Benjet C, Kessler R. Twelve-month prevalence rates of mental disorders and service use in the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2018. doi.org/10.1007/s00127-017-1475-9



FILOSOFÍA Y PSIQUIATRÍA

Coordinadores

Norberto Conti

Daniel Matusevich

En este número de Vertex se presenta, una vez más, un Dossier abocado a discutir aspectos epistemológicos de nuestra especialidad. El fundamento de dicha decisión radica en el interés de aportar a los lectores trabajos que permitan problematizar diversos tópicos de la psiquiatría en un momento en el que la misma atraviesa una etapa de grandes contradicciones; que reflejan, como no podía ser de otra manera, lo que acontece en nuestra sociedad, atrapada en dilemas éticos que distan mucho de estar resueltos.

En alguna ocasión, adaptando el concepto de "Sociedad de la transparencia" del coreano Chul Han, hablamos de "Psiquiatría de la transparencia" para hacer referencia al momento actual de nuestra especialidad; recordemos que este autor sostiene que las cosas se hacen transparentes cuando abandonan cualquier negatividad, cuando se alisan y allanan, cuando se insertan sin resistencia en el torrente liso del capital; cuando, liberadas de toda dramaturgia, de toda profundidad hermenéutica y de todo sentido, se vuelven pornográficas y, finalmente, que las cosas se tornan transparentes cuando se despojan de su singularidad expresándose completamente en la dimensión del precio, concluyendo entonces que la sociedad de la transparencia es el infierno de lo igual.

Fue, justamente a partir de estas reflexiones que conjeturamos la eventualidad de que nuestra especialidad se encuentre, ella también, atravesando una etapa de transparencia, en la cual los valores que predominan son los de la uniformidad, la formalidad, el positivismo más extremo, vestido con los ropajes de la

evidencia, la biologización de las prácticas (incluyendo las psicoterapias) y la muerte de las teorías. Estamos frente a una psiquiatría que no ofrece nada para interpretar, nada para descifrar ni nada para pensar; en palabras de Chul Han no es necesario ningún juicio, ninguna interpretación, ninguna hermenéutica, ninguna reflexión, ningún pensamiento frente al vaciamiento de su profundidad.

Ejercemos en tiempos en los que pareciera que la catarata de datos e información de la que disponemos convierte en insignificantes las miradas teóricas ("... la masa positiva de datos e información, que hoy crece hasta lo monstruoso, hace superfluas la teoría, y la alineación de datos suplanta a los modelos", en palabras del mismo autor); las discusiones teóricas han sido eclipsadas por intercambios de datos en los que se privilegia tan solo la cantidad y la velocidad de la información, esterilizando cualquier posibilidad de pensamiento creativo.

Este filósofo coreano, formado en Friburgo y Munich, va más allá aún, cuando plantea de manera arriesgada que la hiperinformación y la hipercomunicación que predominan en la actualidad dan testimonio de la falta de verdad de estos tiempos, e incluso de la falta de ser, ya que más comunicación y más información no eliminan la fundamental imprecisión del todo, sino que más bien la agravan.

Nuestra especialidad atraviesa mares en los que todos parecen tener una opinión, pero nadie parece esgrimir una teoría; las opiniones van cambiando, son mutantes, en un punto carecen de consecuencias, son

inofensivas, mientras que las teorías son parte de nuestro ser, de nuestra identidad, nos permiten significar un mundo a la vez que ser significados por el mismo; no debemos perder de vista que mayor información no equivale a verdad, se necesita tener un sentido y un saber, en caso contrario somos como un barco que navega a la deriva, sin dirección.

Este estado de cosas se complementa por lo que dimos en llamar “eclipse bibliográfico”, ese estado caracterizado por una situación en la que la mayoría de las revistas de la especialidad exhiben presentaciones clínicas con sesgos estadístico-positivistas en extremo, de experiencias de laboratorio con las que es muy difícil identificarse, en desmedro de las narraciones que den cuenta de las enfermedades. De ninguna manera es nuestra intención relativizar la importancia de aquellas investigaciones que no son de sencilla comprensión para el psiquiatra de a pie; simplemente buscamos señalar aquí que no es fácil encontrar buenos relatos, como si estuviéramos asistiendo al final de las historias de pacientes.

Entiéndanse bien estas líneas: no nos guía la nostalgia restauradora (la intransigencia gruñona hacia toda novedad con esfuerzos por restaurar un viejo orden), muy por el contrario, somos militantes de la nostalgia reflexiva (la que se complace en la neblinosa lejanía del pasado pero que comprende que la pérdida es irreparable ya que el tiempo hiere todas las totalidades); el fin de los grandes relatos de la modernidad encuentra a la psiquiatría indefensa, es necesario visitar todas nuestras prácticas intentando alejarnos de la “narrativa neuroquímica” que se basa en el mito del desequilibrio bioquímico que postula a la enfermedad mental como una entidad natural causada por una alteración de los neurotransmisores cerebrales.

Este Dossier pretende inducir una reflexión crítica de este estado de cosas, con propuestas bordes y rompedoras que esperamos sean útiles a nuestros lectores.

En primer lugar, la doctora Lucrecia Rovalletti se interna en uno de esos senderos (Holzwege) de los que habla Heidegger, para presentarnos un largo recorrido de gran profundidad por los conceptos profundos de la Psiquiatría Antropológica; no dudamos que los autores glosados serán de gran interés para aquellos clínicos interesados en incrementar su acervo teórico de corte fenomenológico.

La influencia de Ricardo Piglia en la cultura argentina está más allá de cualquier discusión; tomando como guía las Conversaciones llevadas a cabo por este autor en la Universidad de Princeton, uno de nosotros intenta avanzar en el desarrollo de una narrativa que vaya mas

allá de las “narrativas farmacológicas”, citando diversos fragmentos, adaptándolos y utilizándolos para componer una guía que pueda ser de utilidad para el clínico a la hora de confeccionar historias de pacientes.

La propuesta de Juan Carlos Fantin, no exenta de audacia, revisita las propuestas de Kandel y de Jonás -discípulo dilecto de Heidegger- para luego pasarlas por el tamiz de Freud y de Lacan; nos trae una reflexión en la que la psiquiatría y el psicoanálisis están ensimismados en una lucha por la supervivencia frente al omnipresente paradigma neurocientífico, donde someterse o perecer, parecen ser las opciones excluyentes mientras nuevos jugadores están comenzando a ocupar posiciones (psiquiatría crítica, antipsiquiatría, post psiquiatría, transpsiquiatría, salud mental colectiva) en un escenario cada vez más “transparente”, retomando el término citado en las primeras líneas de esta Introducción.

Marcos Zurita intenta no perder el equilibrio al escalar uno de los picos más empinados de la especialidad cuando pretende responder la pregunta acerca de cuál es el objeto de la psiquiatría; veamos “... la pregunta es si cada psiquiatría es una forma técnica particular de acercarse al mismo objeto o si en realidad son disciplinas y saberes diferentes, con objetos diferentes pero manteniendo el nombre ‘psiquiatría’ como una fachada arqueológica decimonónica delante de un edificio de hormigón y cristal del siglo XXI”; esta aseveración nos parece fundamental ya que en ella queda planteada una de los grandes interrogantes que fatiga las mentes de los teóricos más avezados, muy fácil de traducir al lenguaje clínico: ¿cuál es el sentido de que los jóvenes estudien de manera casi exclusiva semiologías que anteceden al advenimiento farmacológico mientras los pacientes expresan nuevos modos de enfermar (nuevas narrativas) casi del todo ausentes en los textos de formación? De esto y mucho más trata este texto que seguramente provocara todo tipo de reacciones menos la indiferencia.

La contribución de Javier Fabrisin, asomándose a un futuro (que ya llegó) aporta un inquietante estudio sobre lo que mencionábamos más arriba respecto del cruce entre datos masivos y verdad que permite una reflexión sobre ciertas propuestas actuales sentidas como modernas por algunos colegas y catastróficas por otros.

Como corolario del Dossier presentamos una entrevista al profesor Rafael Huertas, sin duda uno de los intelectuales que ha reflexionado de la manera más brillante sobre los aspectos históricos, epistemológicos y éticos de nuestra especialidad, quien, con la pausa y la profundidad que ya son su “marca registrada”, va desgranando una serie de respuestas que no esquivan ninguna de las cuestiones más polémicas. ■

Antropología clínica: entre la Filosofía de la Psiquiatría y las Ciencias Humanas

María Lucrecia Rovaletti

Profesora emérita

Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

E-mail: mlrovaletti@gmail.com

Resumen

Los términos “Psico-logía”, “Psico-pato-logía”, “Psiquiatría” nos hablan etimológicamente en griego, expresión del dualismo platónico que distingue una psique racional opuesta a un cuerpo-cárcel-tumba del alma, donde una “lógica de la separación” devendrá una “lógica de la disyunción”, donde el “mundo de ideas” representa la razón mientras el “mundo sensible” traduce la desviación, la locura. A través de diversas oposiciones, se muestra la necesidad de un ámbito globalizador que permita aunar las ciencias sociales y/o humanas con las ciencias biológicas. Precisamente, la Antropología clínica constituye un nuevo espacio disciplinario que analiza las formas de subjetivación y del padecer humano, en su pluralidad de dimensiones y de “direcciones de sentido”. No se trata de una sub-disciplina de la Antropología, ni de la Medicina. Si bien se arraiga inicialmente en la Filosofía, Antropología y Psicopatología fenomenológica, y se acerca a una Filosofía de la Psiquiatría o a una Epistemología de la Psiquiatría, o una Psicopatología reflexiva y filosófica, sus perspectivas son más amplias hasta constituir un campo transdisciplinario propio.

Palabras claves: Antropología clínica - Filosofía de la Psiquiatría - Antropología Fenomenológica - Ciencias Sociales y/Humanas.

CLINICAL ANTHROPOLOGY: BETWEEN THE PHILOSOPHY OF PSYCHIATRY AND HUMAN SCIENCES

Abstract

The terms “Psycho-logy”, “Psycho-patho-logy”, “Psychiatry” speaks us, considering Greek etymology, about the Platonic Dualism that distinguishes a rational psyche opposed to a body-jail - tomb of the soul, where a “logic of the separation” will become a “logic of the disjunction”, where the “world of ideas” represents the reason while “sensible world” translates the deviation, the madness. Through various oppositions, it shows the need for a globalizing environment that allows joining the social and/or human sciences with the biological sciences. Exactly, the clinical Anthropology constitutes a new disciplinary space that analyzes forms of subjectivation and of the suffering human, in their plurality of dimensions and “directions of sense”. It is not deal with a sub-discipline of Anthropology, or Medicine. Although it is initially rooted in Philosophy, Anthropology and phenomenological Psychopathology, and is close to a Philosophy of Psychiatry or an Epistemology of Psychiatry, or a reflexive and philosophical Psychopathology, its prospects are larger up to constitute an own interdisciplinary field.

Key words: Clinical Anthropology - Philosophy of Psychiatry - Phenomenological Anthropology - Social/Human Sciences.

“La peculiaridad de la locura, en lo que tiene de más humano, es quizás nunca dejar atraparse. Se escapa, pone en tensión cualquier intento de teorizar hacia ella. Y el sujeto, más allá de su desorden, se resiste a la objetividad de un discurso único. Reflejando esta complejidad, la ciencia alrededor del sujeto sufriente parece dislocarse en el siglo XX, perdiendo su armonía. Se convierte en múltiple, luego se desgarrar en mil conflictos de capilla y deja que la desarmonía de las campanas tintineen. Nuestra disciplina parece estar condenada a estallar, a pelear, a los más brutales virajes ideológicos”.

(Abel Guillen, Introduction) (1)

En los inicios, una lógica de la disyunción

Etimológicamente los términos “Psico-logía”, “Psico-pato-logía”, “Psiquiatría” nos hablan en griego. En este sentido, ha sido más bien el dualismo platónico de una *psique racional* opuesta a un *cuerpo-cárcel-tumba* del alma el que inaugura esta “lógica de la separación” (Galimberti) (2). Esta lógica que devendrá en una “lógica de la disyunción”¹, donde el “mundo de ideas” representa la razón, mientras el “mundo sensible” traduce la *desviación*, la *locura*.

Descartes no hará sino continuar esta división en dos reinos, el del espíritu (*res cogitans*) y el de la materia (*res extensa*), colocando con ello las premisas mismas para una fundación rigurosa de las ciencias naturales.

La psicología científica nace precisamente de este dualismo. Todo hecho psicológico se considera intrínsecamente como un hecho biológico; las vivencias psicológicas (*Er-leben*) son pura vida orgánica (*Leben*), pero más aún, no existe claramente un concepto de lo psíquico. Esta situación se repite cada vez que una ciencia humana aspira a emular la ciencia natural, ya que destituye al “hecho humano” del *significado* y con ello se destruye el *hecho psicológico*.

La *psiquiatría clásica* también reiterará estos mismos postulados. Griesinger funda una psicología que descompone la vida psíquica en procesos dinámicos elementales claramente delimitados y expresables en variables cuantitativas. Estos procesos son concebidos en analogía a la acción refleja del sistema nervioso, es decir como reflejos cerebrales sensitivo-motores. La vía abierta por Griesinger será recorrida sucesivamente por Maynert y Wernicke, maestros de Freud.

Por ello, al tratar de *explicar* lo psíquico atendiendo sólo a las concomitancias con los fenómenos orgánicos y con los procesos de adaptación vital, esta psicología deja de lado el estudio psicológico del hombre concreto tanto en su condición social e histórica como partícipe de un mundo cultural.

Un recorrido desde el explicar, el describir y el comprender

Describir y comprender: la conexión de los significados: Dilthey

W. Dilthey busca emancipar a la psicología de los métodos propios de las ciencias de la naturaleza. Más aún, en *Ideen über eine beschreibende und zergliedernde Psychologie* (1894), se propone hacer de la *psicología* la ciencia fundante de todas las “ciencias del espíritu” (3).

Ahora bien, si el conocimiento científico no puede proceder filosóficamente, es decir no puede conocer la psique a través de un método meramente deductivo, tampoco el modelo natural le permite llegar a la vida psíquica, estamos entonces en una vía sin retorno.

Más aún, para Dilthey “las ciencias del espíritu se diferencian de las ciencias de la naturaleza en cuanto éstas tienen como su objeto hechos que se presentan a la conciencia como *externos*, es decir como fenómenos simplemente dados, mientras en aquella los hechos surgen originariamente desde lo interno con una conexión viviente”, por lo cual *explicamos la naturaleza* mientras *comprendemos la vida psíquica* (*Ideen*).

A estos dos órdenes de experiencia corresponden dos órdenes de operaciones: la *inducción*, el *experimento* y la *operación matemática* para las ciencias de la naturaleza; mientras la *descripción*, el *análisis*, la *comparación* y la *hermenéutica* son propias de las ciencias del espíritu.

Por tanto si la “*Erfahrung*” es la experiencia que observa los fenómenos que se ofrecen exteriormente, la “*Erlebnis*” será la experiencia propia con la cual se accede a aquellos fenómenos que se constituyen en lo inmediatamente vivido.

Pasar de una *Psicología explicativa* (*erklärende Psychologie*) a una *Psicología descriptiva* (*beschreibende Psychologie*) significa pasar de una psicología que explica la constitución de un mundo psíquico según sus elementos (fuerzas, leyes) al modo de una mecánica psicológica, a otra psicología que:

“...partiendo de la conexión de la vida psíquica la considera en su totalidad, analiza pero no con el sólo intelecto, sino con la cooperación de todas las fuerzas del ánimo, los miembros singulares de esta conexión, describe e indaga los elementos y las funciones que los unen lo más profundamente posible sin interponer ninguna construcción causal de los procesos psíquicos” (4).

No se trata de describir una crónica o un inventario meramente repetitivo, sino intentar captar las concatenaciones de la *Erlebnis* en cuya “conexión de significado” (*Bedeutungszusammenhang*) se expresa la vida del hombre (5).

La Psicología Descriptiva de Dilthey contribuye así

¹ Esta disyunción, a veces es oposición y algunas otras es tensión, sin alcanzar una complementariedad o un conocimiento desde perspectivas. En el campo de la filosofía, se habla de cuerpo-alma/espiritu/razón, sensibilidad/afectos/pasión-razón/inteligencia, conocimiento sensible - conocimiento inteligible. En el campo de la Psicología y Psiquiatría, de psicología explicativa/psicofísica - psicología comprensiva, ... medicina y psiquiatría basada en evidencias o pruebas - medicina y psiquiatría basada en valores...

a ese itinerario que va de una psicología atendida a un modelo natural, pasando a través de la *Psicología Comprensiva* de Jaspers al *Análisis Existencial* de Binswanger.

Del dualismo explicación-comprensión a la comprensión de las visiones de mundo. La Psicopatología en Jaspers

La distinción *explicación-comprensión* (*erklären-verstehen*) de Dilthey se hace operativa en la psicopatología de Jaspers (1913). Esta dualidad se funda en la misma índole del hombre (espíritu-naturaleza).

Jaspers constata que “separando la realidad en dos reinos aislados de la *res cogitans* y de la *res extensa*, Descartes deja en herencia a los filósofos el difícil problema de llevar estas dos partes a una unidad suficiente para hacer comprensible la naturaleza del hombre” (*Psicopatología General*) (6).

Distingue también “comprender y “explicar”. El *comprender* es la visión intuitiva de algo “desde dentro”; es la indagación que hace presente y evidente por sí los estados de ánimo que el enfermo experimenta (*er-leben*), ateniéndose a toda interpretación que trascienda la pura descripción. Se centra en el fenómeno en sus mismos términos, para comprender la estructura que emerge en su vertiente misma y no desde la óptica del que indaga (hipótesis científica). El *explicar* por el contrario, es el conocimiento por nexos causales “desde fuera”; es la *explicación científica* que lee los *estados de ánimo* desde las leyes, relacionándolos con otros fenómenos diferentes o dividiéndolos en partes que son consideradas como más reales. En este sentido, para Jaspers “es posible explicar plenamente cualquier cosa sin comprenderla” (o.c.) (6).

En su *Psicopatología General*, siguiendo la distinción entre “comprensión fenomenológica” y “explicación científica”, Jaspers plantea una “psicología comprensiva”: una aproximación, no por la contraposición sujeto-objeto, sino por un conjunto de relaciones, porque *el objeto se resuelve en el significado que asume para el yo; y el yo se resuelve en el objeto donde se evidencia su intencionalidad emotiva*. En la tercera parte (Psicología explicativa), las relaciones ya no son comprendidas (*verstanden*) y vividas (*erlebt*) sino explicadas (*erklärt*), es decir reducidas a causas.

Jaspers plantea además el *problema psicológico del ser humano considerado como un todo* (*das Ganze des Menschens*). Así Jaspers corta los nexos con la corriente meramente naturalística de la psicopatología clásica y con las exigencias de un objetivismo que distancia el objeto; considera que “la contraposición ‘psique-soma’ es una abstracción que más disturba que favorece cualquier comprensión”.

En *Psicopatología General*, Jaspers se preocupa en la determinación de los límites de lo comprensible y lo incomprensible del proyecto mundano del hombre que se revela clínicamente alienado, según los principios de la psicología explicativa.

Con la *Psicología de las Concepciones del Mundo* (1919) (7), responderá recién a esta descripción de la modalidad existencial. Constata que el límite fundamental de la explicación reside en la naturaleza misma de su procedimiento metodológico que objetiva todo lo real mediante hipótesis de naturaleza matemática.

Supera ahora la distinción sano-enfermo. Las manifestaciones psicológicas ya no son reducidas a sus causas solamente sino que son comprendidas por *participación afectiva* (*Einfüllung*), que en esta obra se considera como *reveladora* de modos esenciales en donde una existencia recibe, proyecta y transforma el mundo. Esta *estructura trascendental* condiciona el modo sano o enfermo de relacionarse con el mundo. Partiendo del “a priori existencial”, la “incomprensibilidad” del alienado no se deduce más de su percepción singular o de sus ideas, sino de la *visión del mundo*. Esta visión si es demasiado limitada y restringida determinará aquellas condiciones por las que toda situación en la que el sujeto se encuentre, deviene una “situación-límite”, donde *el dolor, la muerte, la culpa, y la lucha* no son vividos en su espacio y tiempo natural, sino como cotidianamente inconvenientes y por ello angustiantes.

Con *Psicologías de las concepciones del mundo*, Jaspers asigna a la ciencia psicológica una óptica nueva que no consiste en el *describir* (Dilthey) o el *comprender* (Jaspers, en *Psicopatología*) las vivencias que componen los mundos del sano y del enfermo. Esta ciencia consiste ahora en ver en estos mundos de las variantes, aquella *invariable ontológica* que es “la visión del mundo”.

De la fundamentación fenomenológica de la Psicología en Husserl a la Psicología Fenomenológica empírica

Husserl valora esta crítica diltheniana a la psicología naturalista pero la considera insuficiente (8). Reconoce que Dilthey, buscando aclarar la esencia de lo psíquico plantea por primera vez la necesidad de una fundamentación originaria de la psicología, es decir una “crítica a la razón” referida a las ciencias del espíritu (8). Husserl muestra la necesidad de elaborar una nueva psicología científicamente fundada, o *psicología fenomenológica*, y considera posible encontrar una *fundamentación apodíctica* para la psicología, por un camino distinto del de la ciencia natural como lo muestra la *Psicología Fenomenológica*.

Toda “ciencia de hechos”, como la psicología, es relativa a una “a prioridad” que la determina por anticipado. Este “a priori” es el marco de formas universales de necesidades absolutas, que hace posible que existan ciencias de la experiencia.

Al poner “entre paréntesis” (*epoché*) toda contingencia del psiquismo para quedarse con su “eidos” (*Urbildung*), la psicología eidética busca establecer un sistema “a priori” capaz de fundar apodícticamente toda posible ciencia de la subjetividad. El “a priori” no indica ningún tipo de prejuicio, sino que hace referencia a la necesidad absolu-

ta de establecer un punto de partida que garantice el conocimiento de un área concreta u "ontología regional". Husserl alude a la "esencia", al contraponerla a la simple existencia fáctica de una cosa en tanto producto final del conocimiento. La cosa no se comprende o se explica como tal por el hecho mismo de existir, porque de lo contrario no sería necesario el conocimiento. Y como todo conocimiento proviene de algún a priori, hay que especificarlo. A esta especificación, Husserl la denomina "esencia regional" de un campo (9).

Sin embargo una Psicología Fenomenológica también debe ser trascendental y no sólo eidética. Por una parte, porque el "fenómeno" es lo manifiesto en cuanto tal y así esta patencia es la primera y más general propiedad de la objetividad. Por otra, porque una psicología exclusivamente eidética quedaría reducida a la inmanencia, no podría plantearse problemas genéticos sobre su propio origen ni tampoco pronunciarse sobre sus relaciones con el mundo.

Precisamente las reflexiones de esa época, permitieron luego el nacimiento de una *Psicología Fenomenológica*, y una *Psico(pato)logía* autónoma de la filosofía fenomenológica aunque fundada en ella.

La *Fenomenología* parte de la idea que la experiencia humana es plenamente significativa: su tarea es descubrir bajo la multiplicidad de lo vivido, una estructura primaria y develándola -es decir haciéndola *fenómeno*-, aportar el marco que deberán llenar las *investigaciones empíricas* del hombre (10).

La *Psicología Fenomenológica* rechaza toda pretensión de las ciencias positivas de cerrarse a "una" objetividad sin referencia a toda cuestión del "sentido", a toda problemática que concierne al "puesto del hombre en el cosmos" para hablar en términos schelerianos. Pero también rechaza la pretensión de una filosofía fenomenológica de encerrarse en sí misma, en una subjetividad enteramente in-objetivable del hombre.

La Psicología Fenomenológica presenta una doble estructuración. Como "psicología" es empírica y emplea el método científico para acercarse al objeto de estudio. Como "fenomenológica" está filosóficamente fundada y orientada. Y busca, aplicándose a los "hechos", adquirir un lugar fundamentador dentro de la psicología contemporánea.

Actualmente la *Psico(pato)logía Fenomenológica* aspira a plantear un enfoque del sujeto psíquico sobre bases biológicas, es decir el organismo en su relación con el medio. Si bien Husserl no considera la dimensión biológica en *Ideen*, lo hace en el volumen XIV de *Inter-subjetivität*. Si en Husserl la Psicología Fenomenológica constituía un paso preparatorio para la fenomenología trascendental, hoy se la considera también *una ciencia natural de la conducta, fundada en una teoría general de la subjetividad* (11).

En resumen, la Psico(pato)logía Fenomenológica atiende al ser humano en situación y no "definido" por el experimentador. Con esto no se niega procedimientos empíricos sino que se exige un enfoque distinto a

los procedimientos objetivistas. El sujeto es ahora un "cuerpo-sujeto" en un mundo de significación intencional y no meramente reactivo. Como *fundamento* para la Psicología, presenta un radicalismo epistemológico; como *ciencia natural* rechaza un modelo "naturalístico" (físico-cartesiano) del hombre y ubica a la investigación experimental en un nuevo marco referencial, alejado de todo dualismo que considera al hombre por un lado con una conciencia lúcida, racional e independiente y por otro con un cuerpo que se reduce a la mera extensión de las leyes físicas.

Finalmente, partiendo del hombre como *ser-en-el-mundo*, elucidará todos los "modos de la existencia humana", tanto los llamados normales como anormales, y los pondrá a prueba confrontándolos con el resultado de las ciencias empíricas.

Binswanger: el Antropo-análisis como fundamentación de la Psiquiatría

Cuando Binswanger se cuestiona por *la posibilidad y límites del horizonte de comprensión de la Psiquiatría* en general, designa a este problema como "la autoreflexión de la psiquiatría sobre su esencia en cuanto ciencia", o como "el esfuerzo por *comprenderse a sí misma como ciencia*" (Binswanger, 1971)(12). Considera que:

"El progreso de la psiquiatría depende de un intercambio constante entre estas tentativas prácticas de acceso al enfermo y la reflexión sobre su propia esencia en tanto que ciencia". (Binswanger) (12).

Más aún, afirma que no se entiende nada de la locura si uno se comporta frente al loco como un sujeto fuera de sus causas, es decir si se lo representa como un objeto. "El fondo y el suelo donde la psiquiatría se puede enraizar como ciencia autónoma, no es ni la anatomía y la fisiología del cerebro, ni la caracteriología o alguna tipología, sino una ciencia de la persona" (Binswanger) (12). Como bien insiste Heidegger, el Dasein -en tanto libertad- constituye lo ineludible de la Psiquiatría (1954) (13), es aquello que no se puede sobrepasar ni evitar (*herunkommt*) porque queda siempre presupuesto, es lo que no se puede rodear (*umgehen*), es decir volver objetivable, manipulable y aislable. Es lo Incondicional, a pesar de los condicionamientos psico-sociales y psicosomáticos; es aquello que permanece, es lo Inevitable aunque se presente oculto y reprimido (14, 15).

Según sean las ontologías utilizadas -Heidegger (16), o Husserl vía Szilasi-, se pueden distinguir en Binswanger dos niveles. El primero o "Análisis Existencial", estudia los "modos de existencia" (*Daseinsweise*) y las "mutaciones existenciales" (*Daseinswandlung*); el segundo o "Análisis fenomenológico-constitutivo trascendental" se ocupa de la "conciencia trascendental" en sus "momentos constitutivos" y en sus alteraciones morbosas, en cuanto "condiciones de posibilidad" de la aparición de la patología (17, 18, 19).

Denominado también "Antropo-análisis", más que *explicar* las perturbaciones busca *comprender las transfor-*

maciones patológicas del Dasein en cuanto ser-en-el-mundo. Las formas psicóticas no se reducen a meros síntomas ni síndromes (psicopatología clásica) sino que son amenazas inmanentes a toda existencia humana. Se evita así imponer a la existencia una estructura teórica que le es ajena, para dejar que ella misma se manifieste, se haga "fenómeno". "Lo que aparece" no serán ya carencias o excesos sino modos de ser propios de un cierto modo de estructurarse la existencia. Ya no se privilegia un mundo (sano) sobre otro (enfermo), y se consideran los modos específicos de constituirse los "mundos" de las diversas formas de alienación mental. Para ello es preciso descubrir en las estructuras trascendentales las fisuras que preceden a la formación de un mundo. Por eso, es necesario incluir también en el ámbito de una antropología fenomenológica (20, 21, 22, 23).

Esto no impide que Binswanger utilice dialécticamente dos enfoques para captar el nivel de "la historia interna de la vida" (*innere Lebensgeschichte*) y el nivel de sus "funciones vitales" (*Lebenfunktion*).

Actualmente la Fenomenología Clínica ha ido ampliando su campo en los aspectos terapéuticos. Esto nos lleva, por un lado, a saber qué consecuencias epistemológicas surgen del trabajo clínico. Y por otro, qué relaciones subsisten entre la Fenomenología Clínica y la Filosofía Fenomenológica; o sea en qué sentido los conceptos teóricos de ésta siguen orientando a aquella y viceversa (24).

Un recorrido desde el escuchar, narrar e interpretar

La interpretación como mediación del comprender: Freud - Ricoeur

"...si uno quiere superar el dualismo del entendimiento, que procede sólo desde la exigencia de claridad y de distinción del pensamiento por nociones, y si quiere captar la vinculación que el cuerpo como mío posee conmigo que lo vivo, lo sufro, lo gobierno, se descubre que esta vinculación es polémica.

Un nuevo dualismo, un dualismo de existencia en el interior mismo de la unidad vivida, releva al dualismo del entendimiento y le da súbitamente una significación radical y, si podemos decir así, existencial... La existencia tiende a quebrarse. En efecto, el acontecimiento de la conciencia es siempre en cierto grado la quiebra de la consonancia íntima" (Ricoeur) (25).

Para Ricoeur la "comprensión" tiene lugar por la mediación de la interpretación. Así la Fenomenología Hermenéutica sustituye el mundo natural del cuerpo y de la cosa, por el mundo del símbolo y del sujeto, es decir por el mundo del lenguaje. Pero la hermenéutica no está vinculada solamente al método de la comprensión sino que es capaz de poner en cuestión la dicotomía entre comprensión y explicación. Estos dos enfoques llevan a una dialéctica dentro de la cual ambos aparecen como "momentos relativos de un proceso complejo que puede llamarse interpretación". Contra la pretensión husser-

liana de una intuición básica, Ricoeur insiste en la mediación de la interpretación. Si la fenomenología abre el camino hacia el sentido, es la hermenéutica la que lo conquista y recobra a través de los movimientos de "pertenencia" y "distancia".

Tres etapas se pueden señalar en la hermenéutica de Ricoeur (26).

La primera donde el símbolo es como un descifrador de la realidad humana que de otro modo hubiera sido dejada de lado, y hasta tergiversada. El símbolo es una expresión de doble sentido y entre ambos hay una analogía o semejanza.

La segunda, lo acerca Freud -*De l' Interpretation. Essai sur Freud* (1965) (27), a través la problemática del mal y la culpa. Incursiona exhaustivamente en el psicoanálisis y descubre que la hermenéutica inaugurada por Freud en *La interpretación de los sueños* (1900), que luego se desplegara en una verdadera filosofía de la cultura, era una hermenéutica opuesta a la practicada por él cuando trata la simbólica del mal. El psicoanálisis daba testimonio de una interpretación 'reductiva' que se oponía a su interpretación 'amplificante' 'recuperadora' del sentido. La arquitectura de doble sentido nos muestra que muchas veces queriendo decir algo se dice otra cosa con la cual no existe semejanza alguna. Freud nos lo muestra en los sueños, los síntomas, los lapsus, los chistes... Ahora el símbolo nos lleva a un trabajo de interpretación que descifra este otro segundo sentido, que el primero oculta por la vía de la distorsión.

Así, el conflicto de las interpretaciones, se presenta entre una arqueología de la conciencia (Freud) opuesta a una teleología del sentido (al modo de Hegel). Más aún, Ricoeur reconoce la validez del psicoanálisis al presentar "la explicación freudiana como discurso mixto, que mezcla el lenguaje de la fuerza (pulsión, carga, condensación, desplazamiento, represión, retorno de lo reprimido, etc.) y el del sentido (pensamiento, deseo, inteligibilidad, absurdo, disfraz, interpretación, interpolación, etc.). Se trata de un discurso mixto debido a la naturaleza mixta de su objeto, situado en el punto de flexión del deseo y el lenguaje.

El tercer concepto de Hermenéutica, muestra también al sujeto descentrado. Es la "hermenéutica textual". En *Du texte a l'action* (28), Ricoeur siguiendo a Gadamer habla de "la condition langagière" de toda experiencia. El lenguaje se despliega en primer lugar en el "diálogo" donde el sentido es dicho y aprehendido en la fugacidad del habla. También se interpreta en el texto, aunque los interlocutores son ahora reemplazados por lectores inimaginables para el escritor: adviene ahora un nuevo mundo, el mundo del texto.

Ahora la interpretación deviene en esfuerzo por comprender las nuevas posibilidades y acontecimientos que el texto abre para desentrañar su significado: es ese encuentro entre el mundo del texto y el mundo del lector. Frente al texto está el lector, ese intérprete con su mundo, con su horizonte, con su pre-comprensión. Es el lector concreto el que se apropia del significado del

texto y de las posibilidades que éste le ofrece. Leer es una apropiación-desposesión: al ser llevado hacia la referencia del texto el ego despoja al Sí de Sí. Es el texto, con su universal poder de develamiento, es el que da un Sí (*soi*) al ego. Se abre así una dialéctica entre el mundo del texto y el mundo del lector. Y este proceso de composición, de configuración, no se alcanza en el texto sino en el lector.

Pero también hay una historia de lecturas, hechas de los cambios de horizonte de las expectativas de lectores individuales o de comunidades de lectura. De allí la imposibilidad de fijar de una vez para siempre el sentido de un texto, y la inevitabilidad que exista una polifonía de lecturas y de interpretaciones respecto de los mismos textos. Comprender a un autor, es poder desplegar el poder de su discurso, más allá del horizonte limitado de cada situación existencial.

Al emigrar a la irrealidad del mundo de ficción, el lector se irrealiza a la vez que se produce la metamorfosis del lector: al *apropiarse* de ese mundo se abre a una nueva propuesta de su existencia.

Mas aún en *Temps et récit I* (29), Ricoeur muestra como la narración clarifica y precisa el carácter temporal de la existencia humana. Por eso la *identidad del yo* aparece vinculada a la capacidad para seguir un relato.

En el Prefacio de *Soi-même comme un autre* (30), Ricoeur retoma la cuestión del sujeto, bajo la forma de una "hermenéutica del sí mismo". Se aleja del "sujeto ensalzado" (*sujet exalté*) de Descartes, y el "sujeto humillado" (*sujet humilié*) de Hume y el *cogito quebrado* de Nietzsche (*brisé*). Aborda entonces una especie de tercera vía, la de la hermenéutica del sí, la del *Cogito herido* (*blessé*), ya esbozado en sus obras anteriores. La hermenéutica del *sí mismo* se convierte ahora en una indagación que somete a todas las mediaciones del lenguaje, de la acción, de la narración y de la ética, a un sí que será sucesivamente llamado "*locutor, agente, persona de narración, sujeto de imputación moral, etc.*" (30, 31, 32).

Ahora bien, antes que en los relatos, es en la experiencia donde se descubre una estructura narrativa elemental. Así, ante el analista, el inconsciente constituye una demanda de construcción de una *trama* unitaria que se sigue de las historias vividas pero aún no identificadas. Las sesiones de análisis tienen como meta y como consecuencia que el analizado elabore a partir de esos fragmentos de historia, un relato que resulte a la vez más soportable y más inteligible.

Son los mecanismos de distorsión tales como el encubrimiento, falsificación, ilusión los que muestran negativamente el "decir verdadero". Por eso, el psicoanálisis, ayudando al sujeto a superar las distorsiones que son la fuente de la incomprensión de sí, intenta acrecentar esta capacidad para alcanzar el *reconocimiento de sí mismo*. Ricoeur (1965) (33) señala cómo muchas veces queriendo decir algo se dice otra cosa con la cual no existe semejanza alguna. Esta interpretación narrativa de la teoría psicoanalítica implica que la historia de una vida procede de historias no contadas y además reprimidas

hacia historias efectivas, de las que el sujeto pudo hacerse cargo y considerarlas como constitutivas de su *identidad personal*.

La teoría del relato se ve confrontada al difícil problema de articular las huellas, el destino y la historicidad que corresponde a lo que Dilthey hubiera llamado "cohesión de la vida".

En el campo de las prácticas "psi", los conflictos y patologías no se reducen al sustrato biológico, sino que se enraízan en el devenir biográfico del sujeto. Por eso la acción terapéutica se sustenta en el vínculo, que buscará des-familiarizar y re-construir las narrativas hasta entonces emergentes, para descubrir una verdad que revele mi *ipseidad*. Precisamente, cuando el paciente se hace presente en sus síntomas, lo hace en un discurso que expresa cómo, por qué y de qué manera está enfermo, remitiéndonos de este modo a una historia particular, a un contexto de *sentido*. Será la tarea del clínico la que busque integrar esas narrativas. Por eso, esta práctica puede ser comparada a la de los historiadores, a la de los biógrafos o a la de los etnógrafos. El método clínico como acto interpretativo implica la organización de los eventos vividos en la sincronía de un relato: un relato que no es la simple repetición de un pasado ampliado, sino una co-creación del paciente y el terapeuta (34).

De la Psiquiatría basada en evidencias a una Psiquiatría basada en valores

Desde la perspectiva del empirismo lógico, se polarizan los "hechos observables" (*observables facts*) y el "sentido" (*meaning*), priorizando los primeros sobre los segundos. En nombre del conocimiento científico, se establece un lenguaje común que *uniformiza* los datos de los distintos observadores y de los observados, buscando con ello acceder a una "generalización" científica.

Pero ¿se puede hablar de algo simplemente observado en el ámbito psicológico y psiquiátrico? ¿Es posible asumir la forma de un observador objetivo que se limita a registrar un hecho? ¿Cómo lograr entonces un equilibrio en la relación *generalización-individuación* cuando se estructuran datos en forma de "casos" y también de "historias clínicas"? Muchas veces, la mirada aparentemente más neutral ejerce una acción intrusiva sobre la condición del paciente, induciéndolo a mostrar o a producir el síntoma que el médico está a la espera de constatar y de mostrar; en otras ocasiones, el síntoma se retira y deja al médico anonadado en medio de una presentación docente (35).

Más aún, al abordar la cuestión del sujeto desde la perspectiva de las prácticas de subjetivación se hace necesario indagar sobre la producción del discurso psiquiátrico y su relación con el poder, en la medida que nos hallamos en plena re-medicalización de la Psiquiatría.

Ante los avances de una Medicina y una Psiquiatría Basada en Evidencias (MBE, PBE), se hace actualmente presente una corriente de postula una Medicina y una Psiquiatría Basada en Valores (MBV, PBV) a la que se de-

nominan también basadas en *Narrativas*. Precisamente porque la labor del clínico o del psiquiatra se acerca a la de los historiadores, a la de los biógrafos, y a la de los etnógrafos (36).

Se trata de mantener en la narrativización las contradicciones e incongruencias temporales que pudieran aparecer en las entrevistas, no como estigmatizaciones sino por que éstas expresan que nuestras identidades no son estables ni congruentes, sino contradictorias y en constante proceso de constante redefinición. Mas que verificar hechos, se trata de comprender los significados que los individuos los otorgan en cada situación histórica y cultural.

“Si en todas partes la noción de “hecho” es puesta en cuestión, la precariedad de los “hechos” clínicos es todavía más nítida. Que todo “hecho” se constituye en contextos teóricos determinados y que el observador participa de la construcción de lo “dado” que obtiene, son hoy lugares comunes en la epistemología” (37).

La historia clínica es el resultado de un trabajo de selección y de organización de un material de base que se recoge en una o en diversas fases de la relación terapéutica, siguiendo diversas modalidades de observación (38, 39).

No se intenta prescribir valores sino respetar los diferentes valores de grupos e individuos implicados en contextos clínicos particulares. Tampoco se avala el relativismo y el caos ético, pues se actúa en un marco de leyes con las cuales se opera en el cuidado de la salud.

La idea de una realidad que pueda ser confrontada con aquello que se representa en la historia clínica, es una idea límite. Sin embargo, esto no quita que los conceptos de objetividad y de fidelidad se mantengan y sean irrenunciables aún en este campo. Precisamente, la clínica dice necesaria referencia al sufrimiento de esos otros y por ello requiere de una praxis asistencial que ponga límites y regule la libertad de la construcción psiquiátrica.

Desde el tradicional modelo médico-positivista, esta afirmación puede parecer subversiva de las aspiraciones a la ‘objetividad’ científica. Para ellos, aun cuando los valores sean cruciales en otros ámbitos de la salud, el diagnóstico es un ejercicio ‘puramente’ científico. En psiquiatría esto equivale a reclamar que la *psicopatología* y la *clasificación* de los desórdenes, de los cuales el proceso diagnóstico depende, deben estar libres de valores.

En los diagnósticos del el área “psi”, son primordiales tanto las evidencias (pruebas) como los valores y es en estos últimos donde se expresa la singularidad de cada vida humana. Son valores que pueden ser ampliamente compartidos y también altamente diversos.

La ética psiquiátrica requiere entonces herramientas que den respuesta a esta complejidad. Aquellos que sostienen que la aceptación de valores puede llevar al relativismo y al caos, deberían pensar que la historia nos enseña que en medicina y psiquiatría, como en religión y política, es al absolutismo y no al relativismo a quien hay que temer.

¿Un nuevo giro: hacia una Antropología clínica?

“En la selva, hay senderos que, muy a menudo, se pierden de repente, recubiertos de hierba, en lo no-abierto. Se los llama Holzwege. Cada uno sigue su propio camino, pero en la misma selva. A menudo, parece que uno se junta con el otro. Pero no es sino una apariencia. Leñadores y guardas se conocen allí caminando. Ellos saben lo que quiere decir: comprometerse en un Holzwege” (40).

A través de algunos senderos, hemos ido acercándonos a la *Antropología clínica*, a ese saber que etimológicamente habla del “ánthropos que sufre”, respondiendo con este “giro” a las limitaciones que presentan la misma Psicología clínica y la Psiquiatría.

¿Como ubicar epistemológicamente a esta disciplina? Según S. Strasser (41), hay una génesis de la objetividad en niveles sucesivos que permite afirmar que el “objeto” es un descubrimiento hecho por los seres humanos, en virtud de una cierta aproximación del sujeto. Plantea entonces tres tipos de objetividad, legitimándose cada uno en los límites de su circunscripción.

El primer nivel, pre-científico, corresponde a los conocimientos que se tienen en la vida cotidiana. El segundo, es ya un nivel científico adquirido por el método y la sistematización que surge de la ruptura de esa cotidianidad. Aquí se incluyen las distintas disciplinas cuyo objeto de conocimiento es analizado según distintas perspectivas, y en nuestro caso -el ser humano- puede ser considerado desde las distintas disciplinas tanto las biológicas como las sociales y/o humanas. El tercero es un nivel *meta-empírico*, que globaliza las diferentes miradas del anterior.

Una *ciencia empírica* se comprenderá desde esta perspectiva si se sabe situada entre el primer y tercer nivel. Porque no puede desenraizarse del suelo de la vida diaria ni puede ser cercenada de toda reflexión totalizadora. Una ciencia empírica nunca está acabada, tiene sólo una universalidad relativa.

Si se aplica el término “comprender” a los tres niveles de objetividad, se puede decir que a nivel de la primera objetividad se da una *intuición precientífica*, a nivel de la segunda una *hipótesis e interpretación* y a nivel de la tercera, una *visión globalizadora*. En las ciencias humanas, todo investigador está obligado a interpretar los hechos, y su interpretación se elevará finalmente a un nivel supra-empírico. Esta reflexión puede tener un papel fundamentador mientras no pretenda ofrecerse a los científicos como un saber puro, “sino como una problemática y un campo de afrontamiento para lecturas límites”, como zonas fronterizas entre las ciencias empíricas del hombre y la filosofía (41).

De este modo, al plantear aquí una *Antropología* se propone superar el dualismo *psique-organismo*, y al hablar de *Antropología Clínica* se interroga por un saber teórico-práctico referido al sufrimiento humano (42). Más allá de las posibles oposiciones, se requiere un ámbito

que permita aunar las ciencias sociales y/o humanas con las ciencias biológicas.

Precisamente, la *Antropología clínica* constituye un nuevo espacio disciplinario que analiza las formas de subjetivación y del padecer humano, en la pluralidad de dimensiones y de “direcciones de sentido”. No se trata de una sub-disciplina de la Antropología, ni de la Medicina. Si bien se arraiga inicialmente en la Filosofía, Antropología y Psicopatología fenomenológica, y se acerca a una Filosofía de la Psiquiatría o a una Epistemología de la Psiquiatría, o Post-psiquiatría o una Psicopatología reflexiva y filosófica, sus perspectivas son más amplias hasta constituir un campo transdisciplinario propio.

Las sociedades globalizadas enfrentan formas de sufrimiento psíquico que dejan sin protección a los actores, dada la insularidad de sus enfoques clínicos. En este sentido, las nuevas teorías elaboradas en diferentes contextos sociales e históricos han traído un valioso utillaje conceptual y metodológico, aunque en ocasiones se ha mostrado limitado operacionalmente.

Desde esta perspectiva, la Antropología clínica atiende tanto al estudio antropológico de las formas clínicas como de las prácticas clínicas que se integran o se apoyan sobre los saberes de la antropología.

Pero ¿cual es contexto de descubrimiento de esta disciplina? Si bien el término *Antropología Clínica* fuera explicitado por primera vez por el psiquiatra belga J. Schotte en 1974, sin embargo ya había sido ya introducida como *orientación antropológica fenomenológica* en Psiquiatría por L. Binswanger en 1930, y en Medicina interna y neurológica al mismo tiempo por V. von Weizsäcker.

Apoyados en la fenomenología alemana -E. Husserl y M. Heidegger-, psiquiatras-filósofos de mediados del siglo XX de habla alemana como L. Binswanger, E. Minkowski, E. Straus, R. Kuhn, G. Condrau, H. Tellenbach, W. Blankenburg y V. von Gebattel..., buscaban constituir una Psiquiatría y una Medicina científicas que pudieran integrar en la clínica la *experiencia vivida (Erlebnis)*. En los países francófonos, esta perspectiva se desarrollará gracias al trabajo de psiquiatras como A. Tatosian, G. Lantéri-Laura, J. Schotte, por no citar sino unos pocos, reivindicando además a filósofos fenomenólogos como M. Merleau-Ponty, E. Levinas, P. Ricoeur, H. Maldiney y, más ampliamente, G. Canguilhem, M. Foucault, H. Maldiney etc. (Duruz, 2007) (43, 44, 45). En el habla italiana, D. Cargnello (46), B. Callieri, L. (47), E. Borona (12), L. Calvi (13)...

Otro sendero que se entrecruza con el anterior, conduce a la *Filosofía de la Psiquiatría* (48, 49), o *Epistemología de la Psiquiatría o Post-Psiquiatría* (50, 51), que se preocupa por reflexionar a nivel estrictamente conceptual sobre paradigmas teóricos y clínicos, nosografías,

sistemas clasificatorios, sin atender al quehacer clínico (52, 53). Presenta mayor arraigo en los países anglo-parlantes, dando preeminencia a K. Jaspers, y estructurando un campo en torno a la “vuelta al análisis del lenguaje” (S. Demazeaux) (54). A su vez, en América Latina y España se pueden encontrar importantes avances asociados a la *Historia de la Psiquiatría*, organizados a través de la *Red Iberoamericana de Historia de la Psiquiatría*, y en otros casos a una *Psico(pato)logía Fenomenológica* como en Argentina, Brasil y Chile.

Finalmente, la preeminencia de Jaspers y su cercanía con la fenomenología husserliana como método de investigación en su Psicopatología, y el interés que Michel Foucault manifestara en los años 50 con respecto a L. Binswanger y más ampliamente a la Psiquiatría Fenomenológica de la época, han servido de motivación para que los psiquiatras se interesen en la Filosofía y para que los filósofos lo hagan en la Psiquiatría. ¿Tal vez favorecidos por los diplomas en Filosofía con posibilidad de certificación en Psicopatología, que se ofrece países como Francia y Bélgica?

A partir estos antecedentes, la realización de coloquios², la creación de instituciones³ y grupos de trabajo y la literatura especializada, se ha ido delineando una serie de rasgos que van definiendo la *Antropología clínica* por derecho propio: una concepción del hombre y de la clínica, una dirección y una epistemología fundamentalmente fenomenológica, y un campo de conocimientos y prácticas que se construye en la *transdisciplinariedad*. Estas características permiten por un lado responder a las tensiones y a la fragmentación de la Psiquiatría y la Psicología Clínica, y por otro abrirse a las Ciencias Sociales y/o Humanas.

I. Se plantea en primer lugar, *una concepción del hombre* en la pluralidad de sus dimensiones, de “direcciones de sentido”, de procesos literalmente dramáticos que se suceden en orden a su “personalización”. Su realidad no es algo dado sino que se realiza a través de vínculos interpersonales y de movimientos en el ámbito social y político. Su *si-mismo* sólo se comprende por la mediación de los otros, de las obras de la cultura... En este sentido, este *si mismo* es también esa voz singular sufriendo, siempre «plurilingüe y plurivocal», es esa “polifonía” (Baktine), hablada ya por muchos otros, que se realiza a pesar en de sus divisiones internas. “La locura es crisis y respuesta a la crisis, catástrofe y repuesta a la catástrofe. Ella es el reencuentro con las formas extremas de la agonía” (55).

Correlativamente a esta aprehensión de “la condición humana”, esta Antropología encarna una concepción muy específica del *encuentro clínico*. Se preocupa del acogimiento, del contacto primordial de ser-con

² Interesa por la temática específica el *Colloque* de 2005, en Lausanne. Respecto a los I^o, II^o, y III^o *Colloques de Anthropologie Clinique*, referidos a neurología, neurolingüística, semiótica, teoría de la mediación de J. Gagnepain. Sobre estos eventos no se ha podido encontrar más referencias que las citadas en la bibliografía. Cfr. 86, 87, y 88.

³ El *Institut d'anthropologie Clinique* (IAC) (Lausanne, Suiza), fue creado para articular saberes, métodos y posiciones de la antropología, y en situaciones clínicas. Constituye un centro de consulta terapéutica pero también de estudio e investigación, formación y acompañamiento de prácticas profesionales.

(*Mitsein*). Se trata de un “espacio de gestación” que hace posible la instauración de una confianza básica, donde el terapeuta no sólo se presenta como un “*Nebennensch*” (hombre en cercanía) sino sobre todo de un “*Mitmensch*” (un ser-con) (C. Gros). La repetición -en la transferencia- lejos de significar el puro retorno de lo reprimido, consiste más bien en la creación de un evento nuevo, a la vez que el analista deviene una “nueva persona” (F. Madióni). Y este «comprender» que se da en el desarrollo de la cura y del reencuentro, es antes un acoger que se despliega a través de un “movimiento hacia el otro” que un conocer científico. El “encuentro” clínico es ese ámbito donde la comprensión reenvía a la escucha más allá de las palabras, donde todo causalismo, toda mecanización psíquica del otro, se encuentra suspendido (56, 57, 58).

II. La *Antropología clínica* implica en su práctica una cierta manera de teorizar que abre necesariamente a la transdisciplinariedad y a la complejidad (59). Frente al pensamiento simplificador, el paradigma de la complejidad plantea la necesidad de distinguir y analizar pero también el de comunicar y relacionar, respetando la multidimensionalidad de los seres y realidades. Si la complejidad ha tomado relevancia durante las últimas décadas en las ciencias naturales, cuanto más debería lograrlo en las ciencias sociales y/o humanas. En efecto, teorizar es arrojar puentes entre los diferentes dominios del conocimiento, sin confusión de planos, a fin de atender a las diversas concepciones del ser humano comprometidas en la atención (60, 61, 62, 63, 64, 65).

Uno se pregunta entonces: ¿cómo pensar los fundamentos de esta clínica a partir de una interrogación sobre el hombre sufriente y como considerarlo en la práctica terapéutica?, ¿cuáles son los diferentes conceptos de hombre involucrados en estas múltiples psicopatologías y psicoterapias?, ¿cómo se construyen y cuáles son los límites de los modelos utilizados, o incluso como se articulan entre ellos con las ciencias?

Parangonado a G. Berguez (p. 90 y 87) (66), la Antropología Clínica se presenta como un auténtico brazo de las ciencias del Hombre, no sólo porque apela a la psiquiatría a la psicología, a la sociología y a las diversas ramas de la antropología así como a numerosas otras disciplinas, “sino sobre todo porque es un arte intersubjetivo que introduce al otro como sujeto y no como objeto; ...[ella] se diferencia... de todas las otras especialidades medicinales en este sentido que la dimensión del sujeto humano es allí fundamental, el síntoma no es solamente signo de la enfermedad, es también significación de un sentido, sentido desconocido del sujeto que lo vive como radicalmente extraño a él mismo como en la psicosis o como imposibilidad de comprender en la neurosis”.

Más aún, ya en 1990 (67, 68) Lanteri-Laura se interrogaba cómo transgredir libremente las fronteras sin temor a desaparecer, como “ir *mas allá* de la clínica psiquiátrica y como denominar a ello”. En paralelo, A. de Waelhens 69 afirma en 1971 que “no cabe duda que una

antropología filosófica no puede constituirse en la actualidad sin el apoyo del psicoanálisis, la psicopatología y la psiquiatría”, y se pregunta “cómo podrá establecer un diálogo y dejarse enseñar por formas de saber que han sido elaboradas a partir de principios, medios de investigación, problemas, deberes y fines que no coinciden en casi ningún punto con los suyos”.

Uno pregunta entonces cómo pensar al *ánthropos* en la dinámica generada por la acción simultánea de varios niveles de realidad (70, 71, 72). La respuesta la ofrecen los aportes que la Antropología Clínica recibe de la Antropología Cultural y Social, que impide considerar una abstracción del hombre ideal, libre de cualquier anclaje socio-cultural. Cada cultura ofrece una lectura particular de nociones como diferencia, alteridad, pertenencia, micro-culturas, creencias... Más aún, a través de una Antropología crítica se requiere identificar las contradicciones y las tensiones que se imprimen en su praxis, y su conceptualización en un mundo globalizado (M. Selim) (73).

Por su parte, la Antropología Política muestra como actualmente se vive bajo el principio de la soberanía de los individuos (74), del “individualismo democrático”, donde la autonomía, la singularidad o la identidad diferencial son altamente valoradas generando al mismo tiempo una pluralidad de pensamientos y de prácticas sociales que pueden entrar en competencia y conflicto. En efecto, este ataque al vínculo social acaba actuando en última instancia contra sí mismo, pues facilita que los seres humanos estén más aislados unos de otros y vivan con dolor la falta de reconocimiento.

Por eso, resulta de especial importancia analizar las patologías actuales en el *registro de la cotidianidad y sus trastornos* (74), así como las *figuras del vacío* en individuos perturbados por los vínculos con la realidad hedonista (76), o también las para-depresiones, ese conjunto de problemas a menudo infrasintómicos que traducen sentimientos psíquicos y corporales de lasitud, de desaliento, de inanidad ante las cosas ante la pérdida de atractivo o de placer por éstas, o por una dispersión temporal que lleva a un vagabundeo ante las mismas (77), las clínicas de la situación precaria (78). Son todas estas patologías que confrontan diariamente al terapeuta actual, más allá de cualquier sistema clasificatorio o protocolo diagnóstico.

III. Como un quehacer *ético-práctico*, la *Antropología clínica* ha de considerar la naturaleza del cuidado y la atención, pero dejando de lado todo juicio de valor o de disvalor ante la significación “categorial” de normalidad y meta-normalidad. Como un *saber hacer* ha de apoyarse no sólo en los diferentes saberes, sino también en la justicia y la política en la medida que recibe demandas sociales, desde la gestión con personas violentas hasta el tratamiento individual y la habilitación o re-habilitación de la ciudadanía. Por ello, ha de integrar el concepto de *vulnerabilidad* a los principios de *justicia*, articulando no sólo la atención de las *personas vulnerables* con *instituciones justas* (79), sino también incluyéndolas en la sociedad a través de sus capacidades. Sólo así, es posible

restituirles sus *derechos* y su *dignidad*. Se trata en última instancia de asumir una *ética de la responsabilidad* por la *alteridad* de estos pacientes cuya indignancia y sufrimiento constituyen una apelación a nuestra solidaridad, y de atender además a la *prudencia*, en un contexto incierto que evoluciona sin cesar.

El clínico debe tener siempre presente que el diagnóstico y el tratamiento constituyen solo momentos de un proceso más abarcador, donde se articula la experiencia del sufrimiento del paciente y su encuentro con el terapeuta. Como decía Esquilo, "*mathei pathos*" (μάθει πάθος) (80), "ser enseñado por el sufrimiento", pues nada de lo que le ocurra al paciente le es ajeno.

Más allá del *estar* y *sentirse enfermo*, subyace un *padeecer*. Y en este concepto de "*pathos*" se recogen distintas *formas de existencia* del ser humano, que expresan tanto las disposiciones *afectivas* vividas como los *sentimientos* en los que se manifiestan. En este sentido, las *pasiones* humanas se presentan como diversos *modos de encontrarse* consigo mismo, con los otros y el mundo. Por eso, hablar de "patologías de la *existencia*", significa de algún modo "retornar a las cosas mismas" (*zu den Sachen*

selbst) como decía Husserl (2005, p. 18) (81), dar "dar un paso atrás" (*Schritt zuruck*) como postulaba Heidegger (1988, p.155) (82), con el fin de anclar nuestros modelos y prácticas en la experiencia del "mundo de la vida" (*Lebenswelt*). Mas aún, este *retornar* alcanza en E. Levinas "una dimensión originaria caracterizada como *acontecimiento ético*".

En su artículo "La significación y el sentido" de 1972 (83), Levinas busca en ese "acontecimiento primordial" la condición de posibilidad donde se ubican "todos los otros pasos del pensar y toda la vida histórica del ser". Y este acontecimiento que constituye "un impulso, un fuera de sí hacia el otro que sí" (p. 48) (83), lleva a preguntarnos cómo nosotros terapeutas nos ubicamos a partir del *otro*.

Por eso, responder al llamado del otro que sufre y existir para este otro sufriente (84), constituyen los dos imperativos éticos sobre los cuales se sostiene un espacio terapéutico. Ubicado en el *cara a cara* con el otro que padece, este *despertar a la responsabilidad* para con el otro constituye el momento ético por excelencia, el nudo ético de la relación de ayuda, de cuidado (85). ■

Referencias bibliográficas

- Guillen A. (dir.). *Essais d'épistémologie pour la psychiatrie de demain*, ERES, 2017. Avec la participation de B. Baas, P. Bruno, B. Chamak, Br. Falissard, J.-L. Feys, M. Girard, J. Naudin, M.-J. Sauret, J. Vion-Dury. Postface de S. Demazeux. Toulouse: Èrès, 2017.
- Galimberti, U. *Psichiatria e Fenomenologia*, Milano, Feltrinelli, 1987.
- Dilthey, W. "Introducción a las ciencias del espíritu", en *Obras completas* vol. I. México. FCE 1944
- Dilthey, W. "Ideen über eine beschreibende und zergliedernde Psychologie", *Gesammelte Schriften*. Band 5, Stuttgart, Teubner, 1982.
- Makkrel, R.A. & Scanlon, J. (ed). *Dilthey and Phenomenology*. Washington, Center for Advanced Research in Phenomenology & University Press of America, 1987.
- Jaspers, K. *Psicopatología General*. Buenos Aires, Editorial Beta, 1952.
- Jaspers, K. *Psicología de las concepciones del mundo*. Madrid, Editorial Gredos, 1967.
- Husserl, E. *Phänomenologische Psychologie*, Huss. IX, 1962.
- Kockelmans, J. J.: Husserl's Original View on Phenomenological Psychology. En J.J. Kockelmans (ed). *Phenomenological Psychology*. Dordrecht-Boston-Lancaster, 1987, pp.3-30.
- Merleau Ponty, M. *Les sciences de l'homme et la Phénoménologie*. Paris, Cours de la Sorbonne, 1951-2.
- Thinès, G. *Fenomenología y Ciencias de la Conducta*. Madrid, Pirámide, 1978.
- Binswanger, L. *Introduction à l'analyse existentielle*. Paris, Minuit, 1971.
- Heidegger, M. *Vorträge und Aufsätze*. Pfullingen, Neske, 1954.
- Binswanger, L. *Phénoménologie, Psychologie, Psychiatrie*. Paris, Vrin, 2016
- Binswanger, L. *Discours, parcours et Freud*. Paris, Gallimard, 1970.
- Heidegger, M. *Sein und Zeit*, Tübingen, Max Niemeyer, 1963.
- Basso, E. *Rethinking Anthropology in the light of Phenomenology and Psychopathology. Michel Foucault's 1950s* (Bibliothèque Nationale de France). Disponible el 10-10-2018. *Revue de Synthèse* 2016 Dec;137(Issue 1-2) pp. 35-59. Doi: 10.1007/s11873-016-0297-3
- Basso, E. *L'épistémologie clinique de Ludwig Binswanger (1881-1966) : la psychiatrie comme 'science du singulier'*. *Histoire, médecine et santé* [En ligne], 6 | automne 2014, mis en ligne le 24 mai 2017, consulté le 24 novembre 2018. URL : <http://journals.openedition.org/hms/698> ; DOI : 10.4000/hms.698
- Blankenburg, W. La psicopatología como ciencia básica de la psiquiatría. *Revista chilena de Neuropsiquiatría*, vol. XXI, 1983, pp.177-188.
- Borgna, E. *I conflitti del conoscere; strutture del sapere ed esperienze della follia*. Milano, Feltrinelli Editori, 1988.
- Calvi, L (comp.). *Antropologia Fenomenologica*. Milano, Franco Angelli Editore, 1981.
- Leroy-Viemon, B. *Ludwig Binswanger. Philosophie, Anthropologie clinique, Daseinsanalyse*, Paris, Le Cercle Herméneutique, 2011.
- Fedida, P (ed). *Phénoménologie, Psychiatrie, Psychanalyse*. Paris, GREUP, Acte du Colloque, Echo-Centurion, 1986.
- Tatossian, A. « Pratique Psychiatrique et Phénoménologie ». En P. Fedida, (ed): *Phénoménologie, Psychiatrie, Psychanalyse*. Paris, GREUP, Echo-Centurion, 1986, pp.123-13.

25. Ricoeur, P. *Le volontaire et le involuntaire*. Paris, Aubier, 1965.
26. Maceiras Fafian, M. y Trebolle Barrera, J. *La hermenéutica contemporánea*, Madrid, Cincel, 1990.
27. Ricoeur, P. *De l'interprétation, Essai sur Freud*. Paris, Du Seuil, 1965.
28. Ricoeur, P. *Du texte a l'action*. Seuil, Paris, 1986
29. Ricoeur, P. *Temps et Récit* (vol. I) Paris, Du Seuil, 1983.
30. Ricoeur, P.: Soî-meme comme un autre, Paris, Du Seuil, 1990
31. Greisch, J.: Paul Ricoeur ; L'itinérance du sens. Grenoble, Millon, 2001.
32. Silva Arévalo, E. Paul Ricoeur y los desplazamientos de la hermenéutica. *Teología y Vida*, Vol. XLVI (2005), pp. 167-205.
33. Ricoeur, P. La componente narrativa della psicoanalisi, *Metaxú* (Roma), Nº 5 Maggio 1988, pp. 7-19.
34. Rovaletti, ML. "La psicoterapia como 'compromiso narrativo'; Reflexiones en torno a la perspectiva hermenéutica", en Lía Ricón (ed.), *Las psicoterapias, pensadas a partir de lo posible*, Buenos Aires, Polemos, 2005, pp. 195-204.
35. Grenouilloux, A. "Quels besoins et quels moyens pour une nosologie psychiatrique au XXI siècle?", *L'Information Psychiatrique* 2010, vol. 86, Nº 3, pp. 135-143.
36. Conti, N. Algunas reflexiones en torno a la corriente de la Psiquiatría Basada en Evidencias (PBE) y su impacto en la psiquiatría contemporánea. En E. Vaschetto (ed.) *Epistemología y psiquiatría. Relaciones peligrosas*. Buenos Aires, Pólemos, 2012, pp. 13-21.
37. Figueiredo, LC. Temporalidad y narratividad en los procesos de subjetivación de la clínica psicoanalítica. En Rovaletti, ML (ed.) *Temporalidad. El problema del tiempo en el pensamiento actual*. Buenos Aires, Lugar Editorial, 1998, pp. 271-282.
38. Rovaletti, M. L. Facts and values, histories and narratives. Hermeneutic perspective in the field 'Psy'. *Comprendre* (Italia). Nº 23, 2013, pp. 226-235.
39. Rovaletti, ML. "La 'historia clínica', entre la verdad factual y la verdad narrativa", en Antonio Zirió Q. (Ed.), *Acta Fenomenológica Latinoamericana (Actas del IV Coloquio Latinoamericano de Fenomenología)* (Órgano del Círculo Latinoamericano de Fenomenología, *Clafen*), vol. III, Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú y Morelia (México), Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, 2009, pp. 743-751.
40. Heidegger, M. *Holzwege*. Frankfurt an Main, Vittorio Klostermann, 1950.
41. Strasser, S. *Phénoménologie et sciences de l'homme*. Publications Universitaires de Louvain-Éditions Béatrice-Nauwelaerts, Lovaina, 1967.
42. Holzhey-Kunz, A. *Introduction à la Daseinsanalyse. Un regard sur la souffrance psychique et sa therapie*. La Plaine-Saint-Denis: Le Cercle herméneutique. 2016. Préface de Thomas Fuchs.
43. Duruz, N. Bases théoriques de l'anthropologie clinique. L'anthropologie clinique au carrefour des psychothérapies. *PSN, Psychiatrie, Sciences Humaines, Neurosciences* (2007) 5: pp.17-22.
44. Lekeuches, Ph. «Jalons pour une anthropologie clinique. Actes enrichis du Colloque international 'Psychopathologie et psychothérapie au regard de l'anthropologie'» Lausanne, 3-5 novembre 2005. *PSN : Psychiatrie, Sciences humaines, Neurosciences*, vol. 5, supplément 1, Springer, juin 2007.
45. Gilbert, M. Anthropologie Clinique et Sciences Humaines. L'homme souffrant en quête de sens: du récit de soi à l'identité narrative. Une réflexion à partir de Ricoeur. *PSN, Psychiatrie, Sciences Humaines, Neurosciences* (2007)5: pp.72-76. DOI 10.1007/s11836-007-0025-z
46. Cargnello, D. *Alterità e Alienità*, Milano, Feltrinelli Editori, 1977.
47. Callieri, B. *Quando vince l'Ombra, Problemi di Psicopatologia Clinica*, Roma, Città Nova, 1982.
48. Radden, J. (ed.). *The Philosophy of Psychiatry, A Companion*. New-York, Oxford University Press, 2004.
49. Englebert, J. et Cormann, G.: Psychopathologie et philosophie. Nouveaux débats et enjeux contemporains. *Le Cercle Herménétique* Nº 26-27. Con la participación de Ch. Adam, G. Cormann, G. Dassonneville, M. Dupuis, J. Englebert, V. Follet, Th. Fuchs, A. Janvier, J. Mazaleigue-Labaste, F. Recchia, L.A. Sass, S. Sholokhova, G. Stanghellini, F. Stiefel, C. Valentiny, B. de Villers et H. Wykretowicz.
50. Bracken, P. & Thomas P. *Postpsychiatry, Mental Health in a Postmodern World*. Oxford University Press, New York, 2005.
51. Matusevich D. Pieczanski, P: "¿Qué es la post-psiquiatría? Escenario y encrucijadas de la psiquiatría actual ». En E. Vaschetto (ed.) *Epistemología y psiquiatría. Relaciones peligrosas*. Buenos Aires, Pólemos, 2012, pp. 79-96
52. Basso. E. OÙ va la philosophie de la psychiatrie? *Revue de synthèse*: tome 167, 6e série, 2016, p. 153-175. DOI 10.1007/s11873-016-0293-7
53. Basso, E. et Del Braccio, M. Philosophie de la psychiatrie /Philosophy of psychiatry. Présentation. *Revue de synthèse*: tome 137, 6e série, n° 1-2, 2016, p. 1-9. DOI 10.1007/s11873-016-0299-1
54. Demazeux, S. Philosophe contre la psychiatrie, toute contre. *Synthesis*, vol. 1137/1-2, 2016 pp. 11-34-doi:10.1007/s11873-016-0290-x
55. Martignoni, G. Fragments d'anthropologie clinique en action. *PSN, Psychiatrie, Sciences Humaines, Neurosciences* (2007) 5: S101-S107.
56. Douville, O, Absi, P. Formations et devenirs anthropologiques. À propos de la formation en anthropologie des professionnels du soin psychique. *Journal des anthropologues* Nº 126-127, 2011, pp. 293-309.
57. Duruz, N. Anthropologie clinique, psychopathologie et psychothérapie. *Le Journal des psychologues*, 2008/5, Nº 258, pp. 18-21.
58. Duruz, N. Bases théoriques de l'anthropologie Clinique. L'anthropologie clinique au carrefour des psychothérapies. *PSN, Psychiatrie, Sciences Humaines, Neurosciences* (2007) 5: pp.17-22
59. Rovaletti, ML. "Transdisciplinarietà y Psiquiatría. Reflexiones en torno a la epistemología de una ciencia teórica y práctica". En E. Vaschetto (ed.) *Epistemología y psiquiatría. Relaciones peligrosas*. Buenos Aires, Polemos, 2012, pp. 43-53.
60. Douville, O, Fotso-Djmo, J-B. Pour une anthropologie clinique. Prologue. *Le Journal des psychologues*, 2008/5 (n° 258, p. 16).
61. Escots, S, Duruz, N. Esquisse d'une anthropologie clinique. II. Les comportements psychopathologiques comme formes de vie, pensés à l'articulation du fonctionnement neurobiologique, de l'intériorité subjective et des formes symboliques, *PSN, Psychiatrie, Sciences Humaines, Neurosciences*, 2015/4 (Vol. 13), p. 41-74.

62. Douville, O. Pour une anthropologie clinique contemporaine. *Psychologie Clinique*, 2012/1 n° 33, p. 201-226. Disponible el 10-11-2017: <http://www.cairn.info/revue-psychologie-clinique-2012-1-page-201.htm>. Disponible el 05-10-2018 en: <http://www.psycho-clinique.org> ou <http://dx.doi.org/10.1051/psyc/201233201>
63. Escots, S, Duruz, N. Esquisse d'une anthropologie clinique I. Anthropopsychiatrie et anthropologie sémiotique. *PSN, Psychiatrie, Sciences Humaines, Neurosciences*, 2015/3 (Vol.13), pp. 27-52. URL : <https://www.cairn.info/revue-psn-2015-3-page-27.htm>
64. Monteiro Vaz, M. *O teatro etnoclinico: a apresentação de um método psicoterapêutico*. Tesis doctoral. Faculdade de Psicologia e Ciências de la Educação, Universidade do Porto (Portugal) y Dipartimento di Filosofia, Pedagogia e Psicologia, Univerità degli Studi di Verona, (Italia). Porto, Enero 2014. Disponible el 250122018, en: https://iris.univr.it/retrieve/handle/11562/.../O%20Teatro%20Etnoclinico_%20Vaz.pdf
65. Mesot, H. Bases Théoriques de l'Anthropologie Clinique / Theoretical Foundations of Clinical Anthropology. *PSN. Psychiatrie Sciences Humaines Neurosciences*, June 2007, Volume 5, Supplement 1, pp 4-8.
66. Berquez, G.: L'illusion phénoménologique et le réel biologique. Essai de Psychiatrie théorique, *L'Evolution Psychiatrique*, 1986, Tome 51, fasc. 1, pp. 87-99.
67. Lanteri-Laura, G. (1990) Au-delà du domaine clinique. *L'Evolution Psiquiatrique*, 55, 2, pp 287-302.
68. Lanteri-Laura, G.: Phénoménologie et critique des fondements de la psychiatrie. *L'Evolution Psychiatrique*, 51, 4, 1986, pp. 895-906.
69. Waelhens, A. de. *La Psicosis; ensayo de interpretación analítica existencial*. Madrid, Ediciones Morata, 1973 (edición en francés, 1971).
70. Rovaletti, M.L. "¿Es posible pensar la locura en el horizonte de una antropología?" *Actas del XV Congreso Nacional de AFRA, Mesa Redonda: "Aportes e implicancias de la Clínica en la Filosofía"*. Ponencia, Buenos Aires, 2010. Editado en CD, por la Universidad Nacional de Tres de Febrero, Buenos Aires, EDUNTREF, Buenos Aires, 2013.
71. Duruz, N. De l'éclétisme à la pensée d'école en psychotérapie: la voie de l'anthropologie Clinique. *Perspective Psy*, 2009/2 (vol. 48, pp, 194-200. URL:<https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2009-2-page-194.htm>
72. Landgrebe, L. L'anthropologie philosophique – une science empirique ? *Alter* 23, 2015: *Anthropologies philosophiques*, p. 297-314.
73. Selim, M. «Une anthropologie critique à l'ère de la globalization?» *Journal des anthropologues*, 2018/1, (n° 152-153) pp. 215-227. URL: <https://cairn.info/revue-journal-des-anthropologues-2018-1-page-215.htm>
74. Gauchet, M. *La démocratie contra elle-même*. Paris, Gallimard, 2003.
75. Troubé, S. Philosophie de la psychiatrie et phénoménologie du quotidien: les bouleversements de l'expérience ordinaire dans la clinique des psychoses. *Révue de synthèse*, tome 137, 6° serie, 206, pp.61-86. doi:10.1007/s11873-016-0291-9
76. Madioni, F. (dir.) *Figures du vide. Psychopathologie et hypermодernité*. Paris: L'Harmattan, 2017.
77. Charbonneau, G, Legrand, JM. *Dépressions et paradépressions*. Paris, Le Cercle Herméneutique, 2003.
78. Chamond, J. (coord.): *La précarité comme être sans. Sens anthropologique et phénoménologie clinique de la situation précaire*. Préface de Françoise Dastur. Argenteuil, Le Cercle Herméneutique, 2018.
79. Ricoeur, P. *Le juste II*. Paris, Esprit, 2001.
80. Esquilo. « Agamenón »Tragédias. En *Obras Completas*, vol. II. Madrid. Gredos, 2002 (cfr. versículo 177)
81. Husserl, E. *Investigaciones Lógicas*, Vol. I. Buenos Aires, Alianza, 2005.
82. Heidegger, M. "La constitución onto-teológica de la metafísica". En *Identidad y Diferencia*, Barcelona, Anthropos, 1988.
83. Levinas, E. "La significación y el sentido". En *Humanismo del otro hombre*. México, Siglo XXI, 1974, pp. 17-83 (Edición original francesa, 1972).
84. Levinas E. *Le temps et l'autre*. Paris, PUF, 1985.
85. Rovaletti, M.L. What does the Husserlian adage 'return to the things themselves' mean to us today? *Comprendre* (Italia) N° 31 (2919) (en prensa).
86. AAVV. Actes du 1er colloque d'anthropologie clinique, Namur, octobre 1987. Giot. J. De la délocutivité à l'histoire: questions réciproques de la 'pragmatique intégrée' d'O. Ducrot et de la théorie de la médiation, Department of Romance Languages and Literatures, Conseil de faculté Philo et Lettres, Université de Namur, 1989, pp. 169-182. Cfr. *Antropo-Logiques* N° 2, 1989: <https://www.sites.univ-rennes2.fr/las/lirl/revues/anthropo.html#anchor701509>
87. AAVV. Actes du II ème Colloque International d'Anthropologie Clinique. Rennes, Mai 1989. - Presses Universitaires de Rennes 2 (PUR) (14 Septembre, 1998). <https://www.amazon.de/Anthropologie-clinique-colloque-international-Tetralogiques/dp/2868470653>
88. AAVV. Actes du IIIème Colloque International d'Anthropologie Clinique: Quel «discours de la méthode» pour les sciences humaines? «: un état des lieux de l'anthropologie clinique: actes du troisième colloque international d'anthropologie clinique (Louvain-la-Neuve, Novembre 1993). Ed. Peters 1996. Cfr. revue: *Antropo-logiques* N° 6, 1996: <https://www.sites.univ-rennes2.fr/las/lirl/revues/anthropo.html#anchor709659>

Pigliatría (o qué nos enseña Ricardo Piglia a los psiquiatras). Apuntes para una psiquiatría basada en narraciones¹

Daniel Matusevich

*Médico Psiquiatra. Sub-jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires
E-mail: daniel.matusevich@hospitalitaliano.org.ar*

Resumen

En este trabajo se presentan algunas ideas en torno a las relaciones posibles entre literatura y psiquiatría. Para llevar adelante esta tarea se analiza la obra "La forma inicial: conversaciones en Princeton" del escritor argentino Ricardo Piglia, con el objetivo de instalar una reflexión acerca del momento actual de la especialidad.

Palabras clave: Literatura y psiquiatría – Ricardo Piglia – Narrativa y psiquiatría.

NOTES FOR A PSYCHIATRY BASED ON NARRATIONS

Abstract

In this paper some ideas about the possible relationships between literature and psychiatry are presented. To carry out this task, the work "The initial form: conversations in Princeton" by the argentin writer Ricardo Piglia is analyzed, with the aim of installing a reflection on the current moment of the specialty.

Keywords: Literature and psychiatry – Ricardo Piglia – Narrative and psychiatry.

¹ Gabriel García Márquez evoca en su discurso "El mejor oficio del mundo" a los grupos de periodistas que andaban siempre juntos, de café en café, y que solo conversaban sobre el oficio que los unía. Apelando a la misma lógica vale reconocer aquí que este trabajo jamás hubiera llegado a buen puerto sin las conversaciones que por años vengo llevando con mis colegas amigos Daniel Abadi, Norberto Conti, Rafael Huertas, Santiago Levin, Alexis Mussa, Martin Nemirovsky, Gustavo Rossi, Juan Carlos Stagnaro y Fabian Triskier. Va mi agradecimiento para ellos. Como siempre decimos, nos llevamos las historias.

“... he pensado que hay, para jugar un poco al modelo de las clasificaciones, dos modos básicos de lector: a uno yo lo llamaría el lector Kafka, que se encierra, se aísla, trata de que nadie lo interrumpa.

Sabemos las metáforas de Kafka: “... me gustaría estar en una catacumba, en un sótano y que me dejaran la comida en la puerta para que yo pudiera caminar un poco y que después nadie me molestara”.

Esa idea de “estoy ahí leyendo un libro aislado en la noche” es un modelo extraordinario donde la interrupción es el problema, la interrupción en el momento de la lectura.

El otro es Joyce, que es lo que yo llamaría la lectura dispersa, el que esta por la ciudad, un poco el modelo de Bloom que anda por las librerías de viejo buscando las novedades”.

R. Piglia, 2015

“No sabemos una mierda de los porqués de las cosas, así que nos inventamos todo tipo de historias: los psiquiatras se inventan infinidad de historias estafalarias... sobre penes... sobre moléculas del cerebro...”

S. Shem, 2000

“Sabemos que se publica más de lo que se escribe...”

R. Piglia, 2001

Introducción

Analizando el paisaje de la psiquiatría actual en nuestro país rápidamente caemos en la cuenta en que, si bien los médicos y psicólogos escriben historias, son prácticamente inexistentes los espacios teóricos en los cuales se enseñe esta habilidad.

Revisitando el espinel bibliográfico existente realizamos un descubrimiento concordante: es escasa la bibliografía de la que disponen aquellas personas interesadas en formarse en este menester, que se nos antoja fundamental.

En varios trabajos anteriores publicados en esta misma revista intentamos proponer una sistemática que permitiera a los colegas interesados avanzar en una cartografía posible de descubrimiento de la escritura y sus circunstancias en el horizonte de nuestra práctica.

1. Con mis amigos Levin y Abadí intentamos echar una nueva luz sobre el viejo asunto de la escritura de historias clínicas, intentando desarrollar una clasificación mínima de los modelos disponibles (1).

2. En un comentario al libro de Liliana Villanueva, homenaje a los legendarios talleres de Hebe Uhart, desplegamos muy brevemente una serie de sugerencias que la misma autora daba a aquellos que participaron en sus talleres y que nos parecieron de aplicación plena en nuestro quehacer (2).

3. En el trabajo *La Psiquiatría Narrativa* intentamos sintetizar brevemente algunas ideas que el llamado periodismo literario puede aportar a la escritura en nues-

tras especialidades, intentando aportar puntos de referencia que pudieran servir de estímulo para pensar las nuevas semiologías que es necesario imaginar (3).

4. Por último, a través de la Sección de comentarios de libros de *Vertex* (que hace ya varios años los compañeros del Comité de Redacción generosamente me permiten habitar) vengo proponiendo una serie de lecturas alejadas del canon, pero que a nuestro criterio permiten delinear un recorrido posible visitando autores como King, Sacks, el mismo Piglia, Kamenszain, Perkins, Fisher, Mann, Molloy, Wolfe, Han y otros muy diferentes en sus modos y sentidos, pero cercanos en la sensibilidad de potenciar la sensibilidad de aquellos que se decidan a navegar sus páginas.

Por nuevas semiologías entiendo la creación de una matriz de escritura (y de lectura, como no) que capture la complejidad contemporánea que diariamente nos proponen nuestros pacientes, bastante alejados de las dramáticas acaecidas en Viena o en París en el siglo pasado. Los caminos de dichas complejidades están arbolados por autores como Fisher, Han, Berardi, Reynolds y otros, ambiciosos en sus intentos de caracterizar la cultura actual.

Cuando decimos escribir historias de pacientes decimos escribir historias, parafraseando a Leila Guerriero lo cual quedaría más o menos así: *“Y no digo artículos livianos: digo crónicas. Y no digo artículos laudatorios y complacientes: digo crónicas. Y no digo artículos pusilánimes en los que señoras de varios quilates muestran su colección de cuadros sin que nadie les pregunte por sus impuestos: digo crónicas. Digo mirar con carácter, digo contar un mundo, digo tratar de entender”* (4).

Simon Reynolds comenta que hubo un tiempo en el que las notas en los periódicos musicales ingleses podían ser tan extensas y profundas que debían dividirse en dos partes y publicarse en semanas sucesivas; la reseña de un álbum común podía llegar a tener mil palabras de extensión (*“...toda esta abundancia otorgo a los reseñadores espacio para especular, dar rodeos en torno a los temas tratados, embriagarse de palabras, usar el formato de la reseña de discos como excusa para redactar mini manifiestos...”*) (5). La propuesta de sumergirnos en este tipo de producción se opone a la manera de lectura actual, atravesada por nuevos formatos y urgida por provocar impacto instantáneo.

Juan Villoro plantea que cada vez se editan más libros para personas que no leen; dice que la tendencia dominante consiste en hacer circular libros que deben cautivar a quienes normalmente no leen porque estos son la mayoría. Martín Caparros inventó el oxímoron del lector que no lee y las redacciones que se despueblan (y se despojan) de sus mejores periodistas (6).

Según mi entender, para poder crear espacios originales de reflexión y pensamiento es necesario sumergirse en propuestas actuales, que hayan destilado las influencias del pasado en saberes y conceptos que nos permitan navegar las “procelosas aguas” de la clínica contemporánea. Que en las residencias de psicología y psiquiatría se tomen como referencia a una gran mayoría de autores completamente alejados del momento actual

avala dramáticamente nuestras presunciones. De ninguna manera debe entenderse esto como una crítica a la lectura de los autores provenientes de allá lejos y hace tiempo, muy por el contrario, hemos sido nosotros los que introdujimos a Calvino y su imprescindible *“Por qué leer los clásicos”* en los espacios de formación vernáculos; pero una cosa es esto y otra muy diferente la lectura talmúdica de Lacan, Freud o algún otro autor equivalente.

Lo que aquí queremos es más bien llamar la atención acerca de la ausencia de teorías y lecturas contemporáneas que faciliten a aquellos que están en tiempos de formación disponer de materiales que les permitan leer para luego poder escuchar y en un tercer momento plasmar en el papel las historias y relatos contados por los pacientes.

Leer, escuchar y escribir se presentan como un trípode fundamental en la formación de los médicos y psicólogos, que nos parece está bastante abandonado, tanto en los espacios más dinámicos, influenciados por el psicoanálisis, como en aquellos donde predomina un enfoque neopositivista. Una vistazo rápido al panorama de historias clínicas *Psi* hace que encontremos muy pocas diferencias entre ellas y, por ejemplo, las historias clínicas redactadas por un traumatólogo, sorprendente hecho que debe llamarnos la atención y hacernos reflexionar acerca de la identidad de aquellos que siguen hoy una formación en psicología y psiquiatría y, porque no, la identidad de sus maestros.

Nuestra propuesta crítica, que tiene puntos en común con los planteos de Ortiz Lobo en su último libro, especula sobre la psiquiatría con una mirada *“irónica y provisoria”*, tomando ideas de lo que nos precedió, pero cuestionando presupuestos y ortodoxias al mismo tiempo que señalando nuevas posibilidades. Creemos que nuestra especialidad debe abrirse a la percepción del fin de los grandes relatos que para todo tenían una respuesta y enfocarse en construir las narrativas de los pacientes en el contexto de la subjetividad de estos tiempos. Imaginar una psiquiatría post tecnológica que coloque las historias en el centro de la escena recuperando los aspectos éticos y hermenéuticos de nuestro trabajo destacando la importancia de *“examinar valores, relaciones, políticas y las bases éticas del cuidado”* (7).

En este trabajo proponemos una reflexión en torno a una obra tardía de Ricardo Piglia, *La forma inicial*, editada por Eterna Cadencia en el año 2015, en la cual a partir de conversaciones (*“...la gravitación y la gracia del diálogo definen la forma inicial de estos textos...”*) el autor analiza algunos de los problemas de las narraciones y sus consecuencias. Piglia prefería las conversaciones a las clases magistrales: la forma elegida evoca una situación de intercambio, la escena de la conversación desmantela la voz de autoridad de la clase magistral permitiendo encontrar ecos y resonancias netamente prácticas (8). En un trabajo posterior nos ocuparemos de *Crítica y ficción* (Clínica y ficción, en palabras del siempre agudo Daniel Abadi) (9).

Paul Filbas plantea en el prólogo que Piglia utiliza la forma de la conversación como pocos escritores (*Crítica y ficción*, publicado en el año 2001 es quizás el mejor ejemplo) planteando un escenario de complicidad, cotidianidad y familiaridad, manteniendo un registro polifónico y dialógico; mezcla de charla, ensayo y ficción se acerca a Borges y Vila Matas, pero manteniendo el sello de originalidad que define a nuestro autor (8).

Estamos en un todo de acuerdo con Luciano Lambertini cuando sostiene que *“Me gusta más el Piglia ensayista, porque es ahí donde da lo mejor de sí, incluso lo literario (y, para citarlo, una historia puede estar protagonizada por ideas, como bien lo demuestra su primera novela). Piglia renueva el arte rudimentario del ensayo hasta crear una especie de género canibal donde entra todo: desde la biografía en miniatura de un escritor hasta la especulación ficcional, desde la atribución errónea de ideas y autores hasta la cruza de textos que no parecen tener nada entre sí y a quienes acerca y les dice: háganse amigos”* (10). Esperamos que algo de la audacia de la propuesta de Piglia contagie a nuestros improbables lectores y lectoras, ya que es nutrido el grupo de pacientes que necesita ayuda, ayuda personalizada, no de manual sino ayuda en modo traje a medida.

En mi propuesta intento recrear algo del espíritu pigliano a través de breves comentarios-entradas que siguen a la selección de fragmentos de la obra para así dar la ilusión de estar dialogando con el autor. Dicha selección intenta aportar elementos para reflexionar acerca de los problemas epistemológicos y teóricos que nos propone la escritura en nuestra especialidad. El acrónimo *Pigliatría* hace las veces de homenaje a un autor fundamental por un lado y, por otro, sirve para ejemplificar las posibilidades que brinda la síntesis entre la que alguna vez fue llamada por Arthur Kleinmann *“la más humanística de las especialidades médicas”* y la literatura. El sistema de citas de este trabajo está fuertemente influenciado por el artículo De Vila Matas *“Las citas descolocadas”* publicado en el diario El País en el año 2014 y recientemente reeditado en la compilación del 2018 *Impón tu suerte*; ahí este autor plantea que *“...no importa donde las descubra. Las citas literarias, si las intuyo útiles, me las quedo de inmediato. Las citas las archivo en mi documento de Word ‘Manual del futuro’. Pero algunas las utilizo al instante, las inserto en lo que estoy escribiendo: hago que me funcionen como sintaxis, es una forma como cualquiera otra de narrar. Las restantes citas se quedan en el archivo meses, a veces años, y su destino acaba pareciéndose al de aquellos admirados escritores a los que no encontramos nunca el contexto adecuado para rescatarlos”* (11). No podríamos estar más de acuerdo con estas aseveraciones.

Narración, formación e información

*“...la noción de experiencia está de nuevo en discusión. Por supuesto, no hay que confundirla con la **información**.² La experiencia es la forma en la que un sujeto le da sentido a lo que sucede. La información no implica la*

² Las negritas en todos los textos citados en este artículo son nuestras.

experiencia, más bien es su opuesto, y da el sentido por hecho, John Berger en *Modos de Ver* ha planteado muy bien la cuestión: 'cuanto menos ha aprendido uno por experiencia, más crédulo es', decía Berger. Se sustituye la inexperiencia con la información. Y se vive bajo la amenaza de no estar informado, no estar al tanto, no estar al día. Todos estamos desinformados y la web amplía pero también resuelve imaginariamente esa sensación con la acumulación explosiva de información dispersa y disponible. Por eso la clave, para mí, es la narración. El narrador trata de convertir lo que ha sucedido en experiencia. Hay una tensión entre narración e información, que la Web hace todavía más compleja. La narración siempre ha tratado de construir la experiencia, es decir, construir un campo de sentido que esté ligado al sujeto mismo. La tensión entre información y narración es básica en las discusiones sobre la novela y se ha convertido en el gran problema técnico de la narración".

Piglia nos introduce directamente en uno de los grandes dilemas del aprendizaje médico: la relación entre formación e información y cuál es el lugar que le corresponde a la experiencia. Son tiempos difíciles (violentos, diría Quentin Tarantino) tanto para los alumnos como para los maestros, la relación que siempre fue el eje de la transmisión en nuestra especialidad parece estar en entredicho, escasean los maestros, faltan los alumnos, cada uno puede sacar sus conclusiones. Sin ese encuentro fundamental la posibilidad de aprender está en jaque debido a la naturaleza anfibia de nuestro oficio/profesión, que debe moverse entre dos mundos; Piglia se pregunta por el lugar de los relatos en la sociedad de la Información y también lo hacemos nosotros, cuando entrenamos profesionales hipnotizados por el brillo de los datos y la novedad.

A través de las narraciones intentamos convertir en ficción los relatos de nuestros pacientes (ficciones verdaderas), transformamos las historias que nos cuentan en "material clínico", en "casos", en "viñetas", en "historiales clínicos", simples excusas para comprender, nosotros y ellos, los diferentes modos de ser y de sufrir. Una buena historia (el buen relato) está más allá de las teorías, las trasciende, instalándose en "el jardín de senderos que se bifurcan", habilitando al lector a ejercer la libertad de elegir sentidos (diagnósticos) que influenciarán de manera definitiva la vida de los protagonistas del relato. Piglia decía que si un día pudiera tener a disposición todos los relatos que circulan en Buenos Aires, sabría mucho más sobre la realidad de ese lugar que todos los informes científicos y periodísticos y todas las estadísticas y todos los discursos de los economistas o de los sociólogos. La posibilidad de captar con nitidez las características del lugar está dada tanto por los contenidos como por las formas de las historias; las relaciones con nuestros pacientes son una fuente permanente de sentidos y experiencias ("...un buen narrador no es solamente el que tiene la experiencia (el sentimiento de la experiencia) sino también aquel que es capaz de transmitir al otro esa emoción").

Medios y circulación

"...la lectura define un modo lineal de construcción del sentido, que tiene un tiempo propio. Y la otra cuestión que tenemos que considerar es el modo en que esos instrumentos o medios son creados antes que sus propios contenidos. Aparece primero el medio y después empieza a exigir un material para que pueda funcionar. Al revés de lo que uno puede imaginar, no existe lo primero, lo que es necesario transmitir y después encontramos el medio. Aparece primero el modo de circulación y luego se ve que se puede producir para que circule por ahí. El medio produce sus propios materiales..."

Este análisis acerca de los contenidos y los medios nos habilita a reflexionar acerca de las historias clínicas psiquiátricas pre-impresas (usadas también por los psicólogos clínicos) y sus características; inmediatamente nos llama la atención que se mantienen prácticamente inmutables casi desde su creación. Independientes de los movimientos que se han ido dando en todos los órdenes de la vida, las historias siguen iguales desde que se creó la primera residencia de psiquiatría en la ciudad de Buenos Aires. La pregunta inevitable apunta a si es dado aplicar la palabra evolución a los movimientos que se producen en la escritura de historias clínicas *psi* o si más bien estamos ante un minué que se repite inalterable a través de los años; considero que esta rigidez conspira contra la posibilidad cierta de capturar la complejidad de los cambios (que sí suceden) en las historias que nos relatan nuestros pacientes. Imaginar nuevos modos de circulación de los movimientos clínicos puede ser un ejercicio estimulante en un contexto adormecido por estadísticas y relatos en modo decimonónico.

Si intentamos aportar un símil literario sería como si David Foster Wallace, Don de Lillo o Thomas Pynchon no hubieran arribado al mundo de la psiquiatría: la rebeldía que esos autores aportaron a las letras norteamericanas no encuentra equivalente en un escenario caracterizado por la repetición de fórmulas obsoletas (o por lo menos antiquísimas) de manera acrítica. Decimos acrítica porque en nuestro recorrido como docente por hospitales y residencias no nos topamos con una meditación al respecto, como si escribir como se escribe fuera la evolución natural de las letras psicopatológicas y seguir por la misma senda, mientras el mundo va cambiando, un evento natural sin consecuencia.

Que no se nos malentienda, lejos de nuestro interés esta intentar transformar a los médicos en escritores o literatos (aunque mal no estaría...), simplemente llamamos la atención acerca del estado del arte en materia de escritura en nuestra especialidad. Nos tomamos muy en serio la advertencia de Enrique Vila Matas: "Por eso me gustaban más *Bouvard y Pecuchet* y *Finnegans Wake*, las obras imperfectas que se abren paso en *Flaubert* y *Joyce* después de sus grandes obras, *Madame Bovary* y *Ulises*, respectivamente. Veía en esas obras desatadas e imperfectas caminos geniales hacia el futuro. Creía que todos devendría-

mos artistas y poetas, pero luego las cosas se torcieron y, entre sombras de Grey, ahora triunfa la corriente de aire, siempre tan limitada, de los novelistas con tendencia obtusa al 'desfile cinematográfico de cosas', por no hablar de los libros que nos jactamos groseramente de haber leído de un tiro, etc." (11). Absolutamente atentos a la ironía vilamadiana avanzamos con algunas sugerencias de sencilla aplicación para intentar mejorar el alicaído panorama en estos comienzos de siglo a partir de evitar naturalizar el estado actual de las cosas.

Lectura y escritura. Finales y sentidos

"...la primera es la idea de que Bianco leyó a Henry James después de escribir Sombras..., y recién entonces, si, pudo leerlo y pudo traducirlo. Faulkner decía algo que repito porque me parece extraordinario: 'Escribí El sonido y la furia y aprendí a leer', es decir que escribir ficción, al menos cierto tipo de ficción cambia el modo de leer. Hay que pensar que la relación de Bianco con James es el resultado de su escritura y no su condición. No podemos comprobarlo, son relatos de fantasmas. Una cuestión que la literatura nos enseña inmediatamente es que el final decide el sentido. Por eso la cuestión del final es siempre tan compleja. Se podría decir que el final decide el sentido y también la forma. Toda la discusión sobre la forma me parece que va por el lado de si se puede conseguir un final que logre la ilusión de cierre o unidad".

Creemos que el hecho de haber atendido a ciertos pacientes, sobre todo en las etapas de formación (y el registro escrito de esa experiencia) son prácticas capaces de cambiar la manera de ejercer una profesión para siempre. Piglia dice que todas las historias del mundo se tejen con la trama de nuestra propia vida. Lejanas, oscuras, son mundos paralelos, vidas posibles, laboratorios donde se experimenta con pasiones personales. En el caso de la escritura con ficciones de pacientes, a las pasiones personales debemos sumarle las pasiones de ellos mismos, ampliando y modificando la ecuación pigliana en un grado que creo es necesario analizar con muchísimo detalle. Por ejemplo, decimos aquí que las historias de nuestros pacientes, a diferencia de los cuentos y las novelas, son historias que no tienen un final, simplemente en algún momento se dejan de escribir; los terapeutas se relacionan con las historias inconclusas de sus pacientes y con la vida de estos (que nunca son la misma cosa) de manera muy arbitraria. Ese es uno de los motivos por los cuales la búsqueda de sentido nunca debe hacer olvidar que el fin último de nuestras narraciones con pacientes es intentar comprender, acompañar o ayudar a la persona que experimenta vivencias que *"probablemente ni siquiera puedan explicarse en nuestro lenguaje común"*. Las historias de nuestros pacientes nos enseñan que para acompañar no es necesario entender, es por eso que el positivismo nunca fue un gran compañero.

Docencia, cambio y publicaciones

"Y una cosa importante de la experiencia de la enseñanza es que uno envejece, pero siempre está hablando con los jóvenes, es decir, que uno va envejeciendo y los jóvenes siempre tienen la misma edad, y tienen siempre problemáticas que son interesantísimas. La idea de la Vanguardia de que la cultura cambia gracias a la cultura de masas, que no cambia por su propia dinámica sino porque esta presionada por la cultura de masas, es un idea muy productiva. En la medida en que hacíamos colecciones policiales o hacíamos revistas, porque la revista nos permitía intervenir más directamente en el presente. Porque pensábamos que los libros tenían una dinámica que no permitía la intervención como las revistas, que nos mantenían más activos en la discusión general. Las revistas electrónicas de los estudiantes, en varias universidades, tienen ya varios años y hay algunas que son muy consistentes en la construcción de una voz, un sistema de valores y una tradición que no se parecen en nada a los de la generación en la que me formé".

Envejecer ejerciendo la docencia quizás sea una de las mejores maneras de hacerlo; el desafío de envejecer intentando mantenerse clásico se renueva diariamente en la arena de las aulas, donde se definen los destinos de tantas y tantos alumnos. Piglia se lo tomaba muy en serio y los años dedicados a la cátedra son la mejor muestra de ello. En una época juventud era sinónimo de revolución, hoy, los cambios en los modos de ser joven y de envejecer hacen que los límites ya no estén tan claros, que las fronteras sean móviles y los lugares mucho menos fijos. La crisis de las publicaciones hace ya tiempo que esta instalada en el contexto de nuestra especialidad; quién escribe, qué se escribe, para quién se escribe y dónde se escribe son preguntas que nos formulamos todos aquellos que estamos relacionados con la cultura de nuestra especialidad. Los soportes están cambiando, pero sobre todo esta cambiando el modo de recepción y de lectura de las producciones escritas; los y las jóvenes leen distinto, los sistemas de referencia están transmutándose a medida que van pasando los años.

Entre las publicaciones especializadas en la Argentina existen dos revistas de psiquiatría que se destacan en ese sentido; una, *Vertex*, que ya es un clásico de las letras hispanoamericanas y está redefiniendo su identidad, la otra, *Atlas*, que es nueva, muy ingeniosa e irreverente, y está definiendo su identidad. Ambas "intervienen en el presente" no solo a través de sus artículos de actualidad sino también, en el caso de la primera, por medio de la publicación de fragmentos de textos históricos en su Sección "El Rescate y la Memoria", los que, conjugados con los títulos de la Colección "Clásicos de la psiquiatría" de Editorial Polemos, le ha permitido a una generación de psiquiatras acercarse a textos clásicos y fundamentales a través de traducciones al castellano de primer nivel, que hasta ese momento solo eran accesibles en sus idiomas originales.

Novela policial e historias de pacientes

“Aparece un narrador que está en una posición de no saber, digamos un narrador que no termina de conocer la historia que va a contar. La arqueología de ese modo de narrar está en los cuentos policiales de Poe. Me parece que una clave de esa forma es que el narrador en primera persona se relaciona con una historia que no es la de él, pero que trata de entender y de enfrentar, y a la que debe acceder, digamos así, y que a menudo aparece concentrada en un sujeto (se llame Kurtz o Gatsby) o en una situación específica (un crimen, un enigma)”.

El psiquiatra como investigador, acercándose a la persona que sufre con la menor cantidad de prejuicios posibles, ya que como plantea Ortiz Lobo *“...la formación teórica, la experiencia clínica o las vivencias personales aportan elementos al profesional que condicionan, de entrada, su comprensión de los problemas mentales de los pacientes. El profesional acude a la consulta provisto de ciertas versiones de la realidad que deberían ser consideradas en todo momento como hipótesis, no como certidumbres”.* ¿Es entonces que es necesario sostener la posición de “no saber” pigliana para poder construir una narrativa (una historia) terapéutica que sirva como base para iniciar una conversación? Volviendo a Ortiz Lobo: *“El valor de las hipótesis no estaría en su verdad, sino en la capacidad de crear una reflexión sobre ese sufrimiento psíquico que incluya todas las circunstancias y personas involucradas”.* El profesional será el encargado de reconocer cuales son las “tramas narrativas” más significativas y en equipo con el paciente deberán construir un nuevo relato (7).

El psiquiatra paranoico y el psiquiatra equilibrista

“Sin embargo, mantiene, a veces de un modo fantasmático, las tres relaciones básicas: detective, asesino y víctima. A veces descarta a uno de ellos, trabaja con dos de ellos solamente. A veces, y desde luego, uno podría imaginar que la historia es un poco la que yo proponía como hipótesis en el curso, que el detective es el centro en la novela inglesa clásica y que el criminal es el punto de interés en la novela que empieza con Hammett, y luego la víctima, por ejemplo, en David Goodis. Por eso yo llamo “ficción paranoica” al estado del género y también a su origen. No se trata de usar criterios psiquiátricos, sino de hablar de un tipo de relato que trabaja con la amenaza, con la persecución, con el exceso de interpretación, la tentación paranoica de encontrarle a todo una razón, una causa. Un lector que sospecha que desconfía y busca pistas. Un lector paranoico”.

El “psiquiatra paranoico” es el que se enfrenta a la narración como si la historia no estuviera nunca terminada, no existen historias cerradas y perfectas, parafraseando a Piglia: *“la terminación, en el sentido artesanal, lleva a buscar en el revés los lugares de construcción y a plantear de otro modo el problema del sentido”.* Debemos escuchar a nuestros pacientes como si hubiera un sentido

escondido tendiendo a interpretar en el sentido musical *“imaginando las variantes posibles y las modulaciones”.* En cambio el “psiquiatra equilibrista” está oscilando permanentemente entre la búsqueda de sentido y el asombro, entre creer haber encontrado una clave y reconocer que las claves están en el camino. Como siempre dice Juan Carlos Stagnaro: *“... el psiquiatra en su encuentro con el paciente debe saber soportar la incertidumbre, la cual no debe confundirse con la ignorancia, porque ésta consiste en no saber algo que se puede saber, mientras que la primera posición es la del que no sabe algo porque no lo puede saber. Es, justamente en la oquedad de la incertidumbre del clínico que puede venir a alojarse la verdad que debe encontrar y decir el paciente”.*

Escribir historias

“La velocidad del relato, la marcha, es esencial. La clave para mi es el tono, cierta música de la prosa, que hace avanzar la historia y la define. Cuando ese tono no está, no hay nada. Ahí se juega toda la diferencia entre redactar y escribir. Ya se sabe que es difícil cambiar. Muchos confunden cambiar con envejecer. Desde luego, como todos, he vivido varias vidas, simultáneas y sucesivas, pero mis ideas políticas y mi concepción de la literatura no han cambiado demasiado.”

La aspiración a que el psiquiatra sea el “escritor” de la vida de sus pacientes no está planteada en un sentido de pretensión exagerada sino en consonancia con la definición que da Albert Chillón en su texto clásico *Literatura y periodismo: “El periodista es, ante todo, sujeto empalabrador de una ‘realidad’ no única y unívoca sino polifacética y plurívoca, previamente empalabrada por otros: tales son su responsabilidad, su gozo, su vértigo y su misión”* (12). Nos parece que no esta demasiado alejada del oficio del psiquiatra como lo considerábamos unos párrafos atrás. La relación con el paciente como una carrera de resistencia, donde lo más importante no es llegar primero, sino permanecer para que ciertas cosas comiencen a suceder, para que ciertas opacidades se aclaren, adaptando la mirada de Leila Guerriero. Jorge Carrión cita a Tomas Eloy Martínez cuando dice que *“De todas las vocaciones del hombre, el periodismo es aquella en la que hay menos lugar para las verdades absolutas”;* acá nos permitimos disentir con el inventor de las “ficciones verdaderas” ya que el psiquiatra en su campo se enfrenta aún a menos verdades absolutas que el cronista más avezado (13).

El sentido de un final

“Yo tengo una sensación eufórica o negadora de la muerte. Mi noción es que en la vida no hay finales. Es decir, que uno no es consciente de la escena del final. Y cuando hay finales, son siempre trágicos; y si no, hay un fluir de acontecimientos que uno después retrospectivamente recuerda como si hubieran sido un final. Pero uno no vive el final. Salvo la muerte de alguien o el fin de una relación en la que uno de los dos queda con la sensación de que hubiera querido seguir. Me parece

que el sistema de los finales es un sistema estructurado. Nosotros sabemos que hay unos horarios que nos llevan a cortar las cosas no en el momento en el que implícitamente la situación lo dicta. Por ejemplo, esta conversación: quizás podríamos continuar por tres días si nos dejáramos llevar por la lógica de la propia conversación”.

Para terminar este trabajo decidimos retomar la cuestión de los finales, poniendo en tensión el párrafo transcrito con un comentario que hicimos en *Vertex* sobre el último libro escrito por Piglia, *Los diarios de Emilio Renzi*, en el que contradiciendo lo planteado en el año 2015 nuestro autor sabía perfectamente que se estaba muriendo, mientras intentaba terminar su diario en una carrera contra el tiempo.

Decíamos nosotros en ese artículo que “... decidimos comentar el último tomo de los Diarios, más específicamente ‘Días sin fecha’, el final de la obra que coincide con el final de la vida de Piglia; nuestra elección se fundamenta en que las casi 50 páginas que conforman ese capítulo constituyen una de las reflexiones más profundas y conmovedoras sobre la enfermedad y la muerte, escritas desde la primera línea por alguien consciente del final del camino”. Este fragmento nos conecta con la pregunta sobre la posibilidad o imposibilidad de escribir sobre la propia muerte sabiéndose en las inmediaciones de la misma. La respuesta de Piglia es que sí, que se puede, y esas páginas son la demostración. En primer lugar, aparece el relato del suicidio de Antonio Calvo, encargado de enseñanza de la lengua española en Princeton; nos enteramos de que este hecho trágico sucede tres días después de haber sido cesanteado por la administración de la Universidad. En una sola línea Piglia plantea que “nada explica un suicidio”, además de agregar que “la significación de las palabras depende de quien tenga el poder de decidir su sentido”.

La pista sigue con Pavese, uno de los autores preferidos de Piglia, recordamos brevemente aquí el cuento “Un pez en el hielo” con Renzi como protagonista e investigador del suicidio del italiano a partir de la lectura de su Diario (el de Pavese), como “un crimen que era preciso descifrar”. En este caso nos recuerda que en *El oficio de vivir* “el suicidio es el fin deliberado del Diario (‘basta de palabras, un gesto, no escribiré más’), le da un aire de conclusión inevitable”. Preguntarnos acerca de si imaginó o no su propio suicidio no tiene aquí mucho sentido, la peripecia está latente, el análisis de sus páginas finales nos remite a esa posibilidad, avalada por líneas en las cuales aparecen de manera clara momentos en los que se verifica una pérdida de control sobre el cuerpo; es muy parecido el relato de Sandor Marai en el final de *Confesiones de un burgués*, otra edad, otros tiempos, pero la misma lucidez para observarse. Piglia da ejemplos en donde la escena central de un relato no se narra y el lector debe imaginarla, ya que lo que se sustrae define la historia. Perspicacia en la observación que se expresa a través de frases como las que siguen: “...he empezado a declinar inesperadamente. No hay quejas... La mano derecha esta pesada e indócil, pero puedo escribir. Cuando ya no pueda... La enfermedad como garantía de lucidez extrema”; el cierre de los Diarios coincide con el cierre de la vida, mientras la obra se abre cada vez más a múltiples análisis e interpretaciones.

Ricardo Piglia vivió su final, y lo vivió de la misma manera que vivió el resto de su vida, escribiendo y leyendo; la pasión que supo transmitir en cada una de las tareas que emprendió sigue brillando e ilumina el camino. Una vida como modo de dar a entender, mostrar y nunca cerrar la significación; una tradición de argumentar con una narración, de enseñar con una narración y de morir con una narración. ■

Referencias bibliográficas

1. Levin S, Abadi D, Matusevich D. No hay psiquiatría sin historias. Apuntes preliminares. *Vertex, Rev. Arg. de Psiquiat.* 2017, Vol. XXVIII, 132: 107-111.
2. Matusevich D. Las clases de Hebe Uhart. *Vertex, Rev. Arg. de Psiquiat.* 2017, Vol. XXVIII, 131:78-80.
3. Matusevich D. La razón narrativa: apuntes de psiquiatría y narrativa. *Vertex, Rev. Arg. de Psiquiat.* 2016, Vol. XXVII, 128: 291-298.
4. Guerriero L (2015) *Zona de obras*. Buenos Aires: Anagrama.
5. Reynolds S (2018) *Después del rock. Psicodelia, postpunk, electrónica y otras revoluciones inconclusas*. Buenos Aires: Caja Negra.
6. Villoro J (2008) “Escribir es conversar” en Carrion J. *El lugar de Piglia. Crítica sin ficción*. Barcelona: Candaya.
7. Ortiz Lobo A (2013) *Hacia una psiquiatría crítica*. Madrid: Grupo Cinco.
8. Piglia R (2015) *La forma inicial. Conversaciones en Princeton*. Buenos Aires: Eterna Cadencia.
9. Piglia R (2001) *Crítica y ficción*. Barcelona: Anagrama.
10. Lamberti L (2018) *Plan para una invasión zombi*. Buenos Aires: China Editora.
11. Vila-Matas E (2018) *Impón tu suerte*. Madrid: Círculo de Tiza.
12. Chillón A (1999) *Literatura y periodismo*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
13. Carrion J. (ed.) (2012) *Mejor que ficción*. Crónicas ejemplares. Barcelona: Anagrama.

Cerebro y mente: ¿disidencia o subordinación? Apuntes para una lectura epistemológica

Juan Carlos Fantin

Médico psiquiatra. Psicoanalista

Prof. Adj. Regular. Depto. de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina (UBA)

E-mail: jcfantin58@gmail.com

Resumen

Se examinan dos lecturas contrapuestas de autores significativos –Eric Kandel y Hans Jonas- en relación al problema mente-cerebro. A partir de allí, se argumenta la tesis que la insuficiencia de la crítica al cientificismo materialista, reduce las posibilidades teóricas y prácticas tanto de la psiquiatría como del psicoanálisis.

Palabras clave: Cientificismo materialista – Mente-cerebro – Epistemología de la psiquiatría – Psicoanálisis y psiquiatría.

BRAIN AND MIND: DISSIDENCE OR SUBORDINATION? NOTES FOR AN EPISTEMOLOGICAL READING

Abstract

Two opposing readings of significant authors - Eric Kandel and Hans Jonas - are examined in relation to the mind-brain problem. From there, the thesis is argued that the inadequacy of the critique of materialistic scientism reduces the theoretical and practical possibilities of both psychiatry and psychoanalysis.

Key words: Materialist scientism – Mind-brain – Epistemology of psychiatry – Psychoanalysis and psychiatry.

Introducción

En la psiquiatría de las últimas décadas se ha asistido a una tendencia que podría llamarse neopositivista y, en algunas posturas extremas, neoconductista (aunque no siempre claramente manifiesta). La subjetividad, o lo psíquico, o lo mental es desestimado a favor de la aceptación de la psiquiatría como ciencia, o es reducido a un *epifenómeno* de las funciones cerebrales, una mera expresión sin consecuencias.

Examinaremos dos lecturas de autores que nos resultan particularmente significativas. La primera, la de Eric Kandel -psiquiatra, investigador, ganador del premio Nobel- como representante de la postura cientificista; la segunda, de Hans Jonas -filósofo reconocido- quien argumentando al modo de la filosofía de la ciencia, es quien mejor expresa un planteo crítico “desde adentro” a la teoría científico-materialista.

Nuestra tesis es que la postura insuficientemente crítica del cientificismo materialista, reduce las posibilidades teóricas y prácticas de la psiquiatría y del psicoanálisis (tal reducción implica un menosprecio de sus posibilidades terapéuticas, con consecuencias iatrogénicas en algunos casos, que no pueden soslayarse sin examinar cuidadosamente el problema).

La propuesta de Eric Kandel

Cuando Eric Kandel publicó su artículo *Un nuevo marco intelectual para la psiquiatría* (1) generó cierta polémica. En parte, porque se trataba de un psiquiatra devenido investigador que había ganado el premio Nobel, lo que lo elevaba a la autoridad máxima en neurociencias a nivel global. Pero, además, su propuesta contenía una cuestión incitante. Kandel hace allí un llamado a los psiquiatras a participar activamente del avance de las neurociencias, que luego, en un artículo complementario al mencionado (2), se completó con la propuesta de que la teoría psicoanalítica se sustentara en los postulados básicos de la nueva neurociencia, esto es, del nuevo “marco intelectual”.

El marco se resume en cinco principios, siendo el primero de ellos el más básico, el que afecta los fundamentos de los siguientes. El primer principio dice: “*Todos los procesos mentales, incluso los procesos psicológicos más complejos, son consecuencia de operaciones del cerebro*”. A continuación leemos: “*El principio fundamental de este concepto es que aquello a lo que nos solemos referir como mente es un conjunto de funciones llevadas a cabo por el cerebro*”.

Kandel considera que cualquier manifestación de lo psico-social, se sustenta y explica en el funcionamiento genético. Al decir que lo que llamamos mente es un conjunto de funciones llevadas a cabo por el cerebro, lo mental en sí queda reducido a una simple expresión, una representación sin funciones frente a las funciones cerebrales.

A continuación, en el texto citado, Kandel retoma la acusación que los sociólogos otrora hicieron a un pensamiento biológico reduccionista, como una visión simplista de la naturaleza humana, equivocada y peligrosa. Tal reduccionismo, objetaban, llevó a la eugenesia y al darwinismo social. No obstante, Kandel explica el “error” del que parte la acusación de los sociólogos, tal fue considerar -según el conocimiento de la época- que todos los procesos biológicos están determinados en forma estricta por los genes, siendo la única función de los mismos la transmisión hereditaria (de carácter inexorable). Por el contrario, hoy los científicos saben, afirma el autor, de la doble función de los genes: son plantillas estables, por un lado, sólo modificables por mutaciones; pero, por otro lado, poseen una función de expresión, esto es, de múltiples pasos sensibles a factores ambientales. Es decir, que si los sociólogos objetaran hoy, se equivocarían por no estar actualizados.

¿Qué es lo que Kandel, a nuestro juicio, no dice?, que cuando surgieron el eugenismo racista y el darwinismo social, aún ciertos científicos llegaron a tales conclusiones, porque tomaron su conocimiento como definitivo e irrefutable (dos cuestiones de cuidado, que derivan frecuentemente en la idiocia funcional). ¿No deberíamos entonces tener una mayor elaboración crítica de nuestras afirmaciones, respecto de la biología, en cuestiones que ya han mostrado ser de tal trascendencia? Si es así, tratemos de profundizar el tema, siguiendo a nuestro autor.

Resulta evidente que, en la epistemología propuesta por Kandel, lo mental tiene un funcionamiento totalmente secundario, si es que tiene alguno, respecto de las funciones de los genes (para una consideración de esta afirmación, remitimos al lector al artículo del mismo Kandel). El idealismo supuesto a cualquier funcionamiento de lo mental es incompatible con la materia, en tanto ésta es quien organiza la naturaleza para la teoría científico-materialista, como una sucesión de causas y efectos materiales, concretos y verificables empíricamente al modo de la física.

Todo esto queda manifiesto, de algún modo, en el párrafo siguiente: “... *deberíamos formular la siguiente pregunta: ¿de qué modo los procesos biológicos del cerebro originan acontecimientos mentales y, a su vez, de qué modo los factores sociales modulan la estructura biológica del cerebro?*”¹. La pregunta es ciertamente interesante y enormemente pertinente, abre todo un programa de investigación científica. No obstante, presenta una peculiaridad epistemológica que merece ser resaltada.

La *primera vía*, de los procesos biológicos del cerebro hacia los acontecimientos mentales, demuestra la aceptación, por parte del científico, de la génesis causada de los “acontecimientos mentales”; pero la *segunda vía*, de los factores sociales hacia la modulación biológica del cerebro, elude cualquier reciprocidad entre los acontecimientos mentales y los procesos biológicos del cere-

¹ El texto original es el siguiente: “*We now need to ask, how do the biological processes of the brain give rise to mental events, and how in turn do social factors modulate the biological structure of the brain?*” (1). En esta cita importante para nuestro artículo ofrecemos al lector el texto original, a fin de que coteje con la traducción utilizada en el texto, que consideramos suficientemente fiel al original.

bro. ¿Se trata de algo intrascendente?, no en nuestra lectura, y en el texto que analizaremos a continuación (*vide infra*). La elisión señalada priva a lo mental de tener una compatibilidad con los procesos *materiales* del cerebro (en tanto no verificada ni verificable en una teoría científica reduccionista) que permitiría abrir el campo de una influencia recíproca de causación.

Por esto, en una nueva afirmación de Kandel, leemos a continuación: “Hasta que no se resuelvan estas controversias, es interesante considerar que los cambios significativos en la conducta que se consiguen mediante la psicoterapia se producen mediante alteraciones de la expresión de los genes que generan modificaciones estructurales del cerebro. Es evidente que esta afirmación también sería aplicable al tratamiento psicofarmacológico” (1).

¡Sin duda que es interesante!, se lo concedemos de buen grado, pero preguntamos: ¿no es, acaso, interesante considerar que la psicoterapia, en tanto la puesta en juego de la palabra y la subjetividad en la cura, abrió y abre todo ese campo de investigación que es la mente, y que se diferencia de la genética y de la sociología científica (“en tanto no se resuelvan estas controversias”)?

La lectura *cortocircuitada* entre expresión genética y factores socio-ambientales, oculta el ámbito de lo mental como factor efectivo y eficaz, y cae, al menos, en dos problemas epistemológicos cruciales. En primer lugar, un cierto *conductismo acrítico*, que niega cualquier proceso mental en sí mismo, por no encajar en la estricta concatenación causal empírica y experimentalmente demostrable. En segundo lugar, en el *epifenomenalismo*, como explicación del fenómeno constatable de la conciencia (es decir, se reconoce el fenómeno, pero se le resta cualquier injerencia en la serie de los eventos físicos).²

Esta problemática será el epicentro de las reflexiones que examinaremos en el apartado siguiente.

El argumento de Hans Jonas

En lo que sigue, nos basaremos en la argumentación de Hans Jonas.³

Cabe señalar que, en primer lugar, a Jonas le importa reconsiderar el tema de la causalidad física, y con ello “el poder o impotencia” que lo psíquico tenga en la naturaleza, no solamente por la apertura epistemológica que supone (el reconocimiento de la legitimidad de un ámbito de investigación), sino por la fundamentación de la responsabilidad ética en el refractario ámbito de la materialidad neutral de la teoría física.

Jonas, como discípulo de aquel primerísimo Heidegger, asistente de sus primeros seminarios anteriores a su temprano y decisivo texto “*Ser y tiempo*”, parte de una

diferencia esencial -ontológica- entre la experiencia y cualquier forma teórica en la cual ésta se plasma como conocimiento.⁴

De este modo, para Jonas, se plantean dos cuestiones a ser compatibilizadas. La primera es que la influencia de doble vía entre lo psíquico y lo orgánico, entre la mente y el cuerpo, es un *factum*, un hecho para la experiencia cotidiana que no puede ser soslayado. La segunda es que el problema de la *incompatibilidad* entre la causalidad física y la motivación psíquica (por poner un nombre al proceso mental), es un derivado de la misma teoría, es decir, una imposibilidad que la misma teoría causal física produce.

Por tal razón, y por la vía negativa, esto es, demostrando las contradicciones a las que arriba la misma teoría materialista, puede abrirse la posibilidad del sostenimiento de la influencia recíproca entre lo mental y lo orgánico, sin caer en concepciones metafísico-religiosas, rechazadas de plano por la cientificidad de la física (y de la época actual).⁵

Las leyes de la constancia del intercambio entre energía y materia en la naturaleza, tal como las concibe la física, con su exigencia de verificabilidad experimental, es decir, la concatenación de causas físicas, no puede permitir la intervención de lo no-físico, sino se rompería tal constancia sin explicación alguna. Esto deviene inmediatamente en que, una intervención de lo psíquico en la concatenación causal, como lo observable en la conducta, resulta engañosa: “*un engaño sin finalidad de la finalidad*” (3, pág. 84).

Como el hecho psíquico no puede ser negado como existente, resulta que en el seno de la teoría física, lo psíquico es postulado como *epifenómeno*, a saber, una mera aparición acompañante de los procesos cerebrales -materiales- que no posee, con relación a estos, ninguna función ni influencia determinante.

Así existe un claro predominio de la materia sobre la mente, que se reduce a una pura expresión de lo orgánico. Como pura expresión, no puede influir sobre aquello que lo induce ni sobre sí mismo, sino ya no sería una pura expresión, y debería considerársele entidad propia.

El estrato físico está completo en su determinación, por ejemplo, levantar un brazo está determinado por procesos cerebrales pasibles de explicación y/o descripción objetiva (neuromuscular), mientras que lo subjetivo (voluntad, intención) es sólo una transcripción simbólica sin adecuación, una imagen sin funcionalidad e interacción.

En principio, tal validez incondicionada de lo físico (que no admite ningún condicionamiento de lo no-físico, en este caso, de lo psíquico) es una idealización, puesto

² La objeción de que existen psicoterapias que se atienen a la “verificación científica”, en tanto el psicoanálisis no lo hace, no nos parece pertinente para el problema aquí tratado, en tanto ninguna psicoterapia utiliza un tratamiento material en la cura, como sí lo hace la psicofarmacología, y debe, por tanto, remitirse su efecto a algo de orden mental, subjetivo o intersubjetivo (sin entrar aquí en la polémica de la pertinencia y especificidad de estos términos).

³ Nos referiremos a su argumentación, aunque según nuestra propia interpretación y responsabilidad, remitiendo al lector a su notable texto “*Poder e impotencia de subjetividad*”.

⁴ Cualquier conocimiento es teórico, es decir, se plasma bajo el esquema sujeto-objeto (Yo-objeto), y se distancia así de la experiencia originaria del *Dasein* (estar, existir) en su situación fáctica, esencialmente temporal.

⁵ Deberíamos considerar los desarrollos de la física cuántica (Jonas luego lo hará), o de los sistemas complejos, de cualquier modo, el planteo ligado a la teoría científico materialista que aquí se presenta, nos parece que no afecta lo que se pretende demostrar e incentivar a pensar.

que no es verificable como un todo. Dicho de otro modo, la validez de las leyes de constancia y su determinismo, toleran “gradaciones de precisión” -según nuestro autor-, lo que significa que no tienen por qué tener validez siempre y en todos los ámbitos, ni que el resultado final verifique su validez en todos los resultados parciales. Si esto es así, ya no se sostiene la disyunción según la cual o bien tenemos una naturaleza determinada absolutamente de modo material (según la concepción que la física clásica tiene de la materia), o bien tenemos una naturaleza sin reglas, lo que resulta inaceptable (esto se traduce en: o bien inmunidad de la naturaleza ante lo psíquico o dimisión de las ciencias naturales).

Sin embargo, la argumentación adquiere su fuerza en tanto muestra las incongruencias lógicas en las que incurre la misma teoría física, al relegar lo psíquico a mero epifenómeno sin finalidad alguna, es decir, asume la tesis de la ineficacia de lo psíquico sobre lo orgánico (argumento de la incompatibilidad). De acuerdo a la mencionada tesis, sólo lo físico puede causar efectos en lo físico, existiendo una autarquía de lo físico que -como dijéramos- reduce lo psíquico a epifenómeno expresivo.

Aún en relación a las funciones cerebrales superiores, se intenta una explicación a través de la exploración concreta y mecanicista, refrendada por los últimos avances en neurociencias, como el único camino posible; y desechando, por carencia de pruebas científicas, la experiencia, por ejemplo, aún de la influencia de las palabras y la intersubjetividad sobre las manifestaciones orgánicas verificables y las conductas.⁶ Lo psíquico cae así en una suerte de inutilidad, es operativamente superfluo e inexplicable (ficción e impotencia de la mente).

¿A qué suerte de enigmas nos lleva el sostenimiento del concepto de epifenómeno?, entendido éste, vale recordar, como la tesis de que “lo subjetivo, o lo psíquico o mental es la apariencia que acompaña ciertos procesos físicos que tienen lugar en el cerebro” (3, pág. 91), donde los procesos físicos son autónomos, sin que haya alguna reciprocidad entre uno y otros.

En primer lugar, si para la creación de lo psíquico no se emplea nada físico (pues, de no ser así, ya no habría conservación de la energía), entonces la mente surge de una creación *ex nihilo*, surge de la nada, lo cual contradice la misma idea de naturaleza física. En segundo lugar, si lo psíquico es provocado por lo físico, algo aceptable desde la teoría fisicalista, entonces debe tener consecuencias. De no ser así, nos hallaríamos ante una naturaleza que produce algo sin finalidad alguna, una consciencia escindida del mundo que resulta una mera ilusión o engaño.

El enigma lógico que se produce -en términos de nuestro autor- es el de una subjetividad, un yo, que surge como una nada reflejada en una nada, una ilusión que engendra una ilusión. Tal posición -dice Jonas- “*atenta contra el concepto de Naturaleza que presupone*” (3, pág. 108).

Teniendo en cuenta lo ya dicho, reconstruyamos, aproximadamente, el argumento en forma crítica.⁷

El alma (la mente) tuvo que ser privada de realidad “*esencialmente en defensa de las leyes causales y de la constancia*”. Por esto, el concepto de epifenómeno se tornó inexplicable. Sin embargo, según un *principio natural* (esencial a la misma teoría materialista de la naturaleza), nada se produce en el mundo gratuitamente y nada permanece en sí mismo sin más consecuencia. Todo lo que ha sido causado debe ser, a su vez, causa. La mente, según las mismas tesis materialistas, debe ser un resultado de la materia, pertenecer al mundo, proceso en el cual la materia debe invertir algo.

Si seguimos este argumento, que se atiene a la misma teoría materialista de la naturaleza, llegamos a concluir que la conciencia debe ser considerada como algo más entre las cosas, aunque no conozcamos el cómo interacciona (cómo es causada y cómo causa). Pues, solamente de este modo, la energía invertida no desaparece del mundo sin más y queda a salvo el equilibrio de la totalidad.

El argumento muestra como la misma teoría materialista llega a una contradicción insalvable, toda vez que no acepte la realidad efectiva de la mente, y su injerencia en la cadena de causas y efectos naturales. Por ello, llega a decir Jonas: “*cómo es posible el gasto nulo de algo que deviene y el valor causal nulo de algo que ha devenido, es decir, cómo puede tener lugar una relación sin interacción en un mundo que sólo puede ser pensado como tal bajo esas condiciones*” (3, pág. 110).

Relectura del problema y conclusiones

La propuesta de Eric Kandel que -entiéndase bien- consideramos aquí como absolutamente honesta y encomiable, está liderada por un ideal de la ciencia moderna, por cierto, en parte, totalmente defendible, cual es que las afirmaciones que se tomen por verdaderas en el ámbito del conocimiento admitan un suficiente grado de verificabilidad, que sólo puede ser dado por el riguroso método científico en el seno de una concepción materialista excluyente, de la naturaleza.

El punto de partida de Jonas es que una teoría, por más rigurosa y verificable que ésta sea, no deja de ser teoría, esto es, se sustenta en un suelo más originario que es el de una experiencia pre-teórica y pre-reflexiva (anterior a su explicación bajo el esquema sujeto-objeto).

Tal teoría, cuanto más rigurosa se postula, más aún debe dar cuenta de sus propias contradicciones. Es por ello que la admisión de un hecho como es la constatación de la existencia de lo mental, y la experiencia de su interacción con lo orgánico, aunque no verificable por los métodos científicos naturales, no pueden ser soslayadas o negadas, si no se desea llevar a que la misma teoría se muestre falsa o impotente, a causa de una contradicción insalvable en sus postulados básicos.

⁶ Si bien, aún dentro del ámbito anglosajón, la nueva “teoría de la mente”, surge de algún tipo de objeción al esquema conductista; aún así, en varios investigadores, queda ligada al cientificismo reinante en ese ámbito.

⁷ Resumimos aquí el desarrollo que Jonas hace en la página 109 de su texto.

Por esto, limitando el ámbito de verificabilidad y predicción de la teoría científica materialista a “niveles de gradación”, pero no a toda la “naturaleza humana”, se la salva de esta contradicción, a la vez que se abren otros ámbitos de posible conocimiento legítimo.

Asimismo, se la salva de tal contradicción, si se acepta una reciprocidad entre lo orgánico y lo psíquico, aunque debiendo aceptar que, entonces, no se pueda explicar la modalidad de tal interacción, el entrecruzamiento -por así decirlo- ni desde el discurso científico-natural, ni desde un saber que atañe al funcionamiento simbólico de lo mental (al menos exclusivamente).

La pregunta que atraviesa toda la reflexión precedente es: ¿Cómo afecta esta problemática a la psiquiatría y al psicoanálisis?, podríamos agregar, en su relación, por un lado, con la exigencia de cientificidad médica y, por otro, con la dilución del ámbito específico de lo mental en una postura sociológica que apunte más al padecimiento generalizado del ser humano, que a una posición del sujeto expresada en síntomas delimitables.

Con relación a la psiquiatría, si la misma asume una postura científico-materialista excluyente, pierde una lectura del síntoma psiquiátrico, y por tanto del cuadro psiquiátrico, aún de una formulación en términos de “enfermedad mental”, que involucre la relación entre lo orgánico y lo mental, tanto en sus posibilidades de investigación, heurísticas, diagnósticas y terapéuticas. Su capacidad de intervención en este ámbito intermedio del ser, es lo que forjó su identidad respecto de la neurología (y de toda otra especialidad médica), por un lado, y respecto de la psico-sociología, por otro.

Sin embargo, lo que debe preguntarse es si de acuerdo a la experiencia clínica, y no a exigencias *desde fuera* (sean éstas de mercado, sociales, legales, “científicas” -en un sentido restrictivo-, etc.) no se está desconociendo el fenómeno mismo que le otorga su razón de ser (una práctica médica destinada a la cura de ciertas “enfermedades” que no se subsumen a ninguna otra especialidad médica). Si, por otro lado, acepta que su campo de intervención incluye este ámbito heterogéneo, entonces, sin duda, podrá aceptar la propuesta de Kandel, y así participar activamente en el avance de las neurociencias, *pero* sin confundirse con éstas, es decir, sosteniendo una reciprocidad que no agota todo su devenir y su práctica.

Esta última, nos parece, era la posición de un psiquiatra como Henri Ey, en su formulación del órgano-dinamismo. Independientemente de la opinión que se tenga sobre la posición de Ey, constituyó un esfuerzo por teorizar y comprender ese *espacio intermedio* en el cual se ha movido la práctica clínica psiquiátrica.

No obstante, cabe señalar que, aún no siendo el psiquiatra ni psicoanalista ni psicoterapeuta, la comprensión del vínculo particular que lo reclama cotidianamente en la relación con el sujeto-paciente, desde su ser sujeto-profesional, lo previene de considerar todas las actitudes de sus pacientes como manifestaciones de “una (su) enfermedad” de forma defensiva, y con ello evitar actitudes o indicaciones iatrogénicas y/o represivas, negando así su participación en un contexto pro-

ductor de síntomas (aunque no sea sólo el contexto el causante del cuadro clínico del paciente, el psiquiatra debería cuidarse de no generar situaciones iatrogénicas).

En cuanto al psicoanálisis, se plantea una cuestión tan interesante como espinosa. La propuesta de Kandel, con relación al psicoanálisis, es que se convierta “en la disciplina más cognitiva de las neurociencias” (4), y esto no sin una dosis de perentoriedad y tragicidad, pues “Sería lamentable, incluso terrible, que la riqueza de conocimientos que se han derivado del psicoanálisis cayera en el olvido durante el proceso de aproximación entre la psiquiatría y las ciencias biológicas” (4). Kandel presupone que sólo demostrando sus afirmaciones “verdaderas” científicamente, con los métodos de la neurobiología, el psicoanálisis sobrevivirá al avance de las neurociencias. Supone, además, que la psiquiatría misma ha ya iniciado este camino irreversible. Pero, además supone, aunque no lo dice, que *en esencia*, psicoanálisis y ciencia biológica hablan de lo mismo, acerca de lo mismo, es decir, su “objeto” es el mismo.

El problema es, si de este modo, el psicoanálisis conservaría su razón de ser, a saber, ese ámbito donde el sujeto pueda encontrarse con la Verdad, transformándose y transformándola, donde se sobreponga a una *función adaptativa*, promulgada por un discurso Amo alienante (vehiculizado por sus propias estructuras imaginarias).

Lacan afirma en *La ciencia y la verdad*: “el sujeto sobre el que operamos en psicoanálisis no puede ser sino el sujeto de la ciencia” (5, pág. 837), y poco más adelante agregará: “No hay ciencia del hombre [...]. No hay ciencia del hombre, porque el hombre de la ciencia no existe, sino únicamente su sujeto” (5, pág. 838). No existe el “objeto” hombre, en cuanto cualquier *objetivación* del mismo es una operación alienante con relación a la existencia siempre fáctica, siempre histórica, en la cual el sujeto adquiere su potencial de causalidad de sí, de ruptura y reconversión de lo instituido, y desde ya y principalmente, de lo instituido por la ciencia en tanto discurso dominante. El psicoanálisis brindaría así un espacio donde cualquier objetivación pueda ser puesta en tela de juicio, justamente por el mismo sujeto.

En la lectura de Lacan, el sujeto es un sujeto escindido, que antes de serlo por el *saber* científico, lo es por sus propias intelectualizaciones. Cualquier saber así sobre el sujeto, no sutura ni disminuye su escisión, sino que la remarca. El sujeto sufriente de la neurosis, entonces, permanece allí, en esa *contracara del cogito* devenido yo, y donde el psicoanálisis adquiere su función.

La crítica de Jonas intenta mantener en un nivel de legitimidad semejante al de la ciencia biológica, el único ámbito donde puede plantearse como verdad la cuestión de la responsabilidad subjetiva, evidenciando su lugar relativo respecto del *fenómeno* humano. Si bien, en su intento, busca más la continuidad que la diferencia entre ambos ámbitos. Queda así en una suerte de intermediación entre ambas posturas.

El legado de Freud, ha dado argumentos en un sentido y en otro. No obstante, tal legado, nos parece más

del orden de la ruptura que de la continuidad. Lo que se quiere decir es que el más allá de la conciencia que devela Freud en su primera tópica, y luego la función mediadora y especuladora del yo entre distintas instancias, así como la función estructurante del Complejo de Edipo frente a la castración, la imposibilidad del lenguaje de dar cuenta exhaustivamente de las tendencias pulsionales, ponen en evidencia una *causa material* que no se confunde con la causa formal de las ciencias (teorizadas por el creador del psicoanálisis, a través del “modelo pulsional”, como

intento de atrapar lo híbrido entre lo orgánico y lo mental, pero que deja intacta la escisión).

Para concluir, y en relación a nuestra tesis, un organismo sufriente no es exactamente la mismo que un sujeto sufriente, y esto aunque desde distintos aspectos interesa tanto a la psiquiatría como al psicoanálisis, en que el síntoma que reclama su razón, siga teniendo algo en común. Cualquier reducción teórica, debe dar cuenta de lo que excluye tanto como de lo que hace patente. ■

Referencias bibliográficas

1. Kandel ER. A New Intellectual Framework for Psychiatry. *Am J Psychiatry*, 1998 Apr;155(4):457-69.
2. Kandel Eric R. Biology and the Future of Psychoanalysis: A New Intellectual Framework for Psychiatry Revisited. *Am J Psychiatry*, 1999 Apr; 156(4):505-24.
3. Jonas H. [1987] (2005), *Poder o impotencia de la subjetividad*, Barcelona, Paidós.
4. Kandel ER. (2007), *Psiquiatría, psicoanálisis y la nueva biología de la mente*, Buenos Aires, Grupo Ars XXI de Comunicación Argentina, SA.
5. Lacan J. (1966), “La ciencia y la verdad” en *Escritos II*, Buenos Aires, Siglo XXI, 1987.

Bibliografía complementaria

1. Fantin JC, Fridman P. (2009) *Bioética, salud mental y psicoanálisis*, Buenos Aires, Polemos.
2. Fantin JC., *Filosofía y psicoanálisis: Freud, Lacan, Heidegger. Conexiones Revista argentina de salud mental*, Buenos Aires, AASM, Año 2, N° 6, 2006.
3. Fantin JC. *Prejuicio y Evidencia, oposiciones y convergencia en la psiquiatría actual*, Vertex, *Rev Arg Psiquiatría*, Vol. XVIII, 71, Ene-Feb 2007.
4. Fantin JC. (2012), *Una lectura crítica de la clasificación en psiquiatría*, e-Mariposa, Noviembre 2004, N° 4, pp. 2-4.
5. Heidegger M. (2005) *La idea de la filosofía y el problema de las concepciones del mundo*, Barcelona, Herder.
6. Heidegger M. (2001) “La pregunta por la técnica”, en *Conferencias y artículos*, Barcelona, España, Ediciones del Serbal.
7. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. (1996) “Prefacio” en *Sinopsis de psiquiatría*, Buenos Aires, Panamericana.
8. Lacan J. (1985) “Psicoanálisis y medicina” en *Intervenciones y textos*, Buenos Aires, Manantial.

Objetos perdidos. El territorio de estudio y acción de la psiquiatría

Marcos Zurita

Médico psiquiatra

Vicepresidente del Capítulo de Interconsulta y Psiquiatría de Enlace

Director de la revista Atlas

E-mail: mzurita@gmail.com

Resumen

El presente trabajo aborda una serie de preguntas: ¿qué hace hoy un psiquiatra? ¿Qué patologías trata? ¿Por qué la psiquiatría se mantiene como un territorio autónomo dentro de las otras especialidades médicas? ¿Valen para todos los casos que atiende un psiquiatra los mismos elementos semiológicos, las mismas herramientas terapéuticas, o es necesario poder reanudar un estudio propio sobre estos padecimientos? ¿Puede leerse el abanico disperso de los cuadros neuróticos desde una psiquiatría alejada de las fuerzas del mercado o la interpretación dualista? En este contexto, la gran duda persiste: ¿hay una lógica aún no descubierta en el padecimiento psiquiátrico o se está tratando de encontrar una gran lógica para estudiar objetos que no son agrupables, que no poseen una lógica común nuclear, y que efectivamente las variables constantes que los establecen como objetos son apenas los márgenes que cambian con el tiempo y la cultura?

Palabras claves: Clínica psiquiátrica - Nuevos tratamientos en psiquiatría – Epistemología psiquiátrica - Diagnóstico psiquiátrico - Crisis paradigmática en psiquiatría.

LOST OBJECTS: THE TERRITORY OF STUDY AND ACTION OF PSYCHIATRY

Abstract

The aim of this paper is to discuss about some key issues concerning psychiatry. What really does a psychiatrist nowadays? What kind of disorder does he treat? Why psychiatry keeps itself apart from other specialties and within its own autonomous field? Having in mind the differences between the mental disorders, can we consider that the same semiological elements are appropriate for all of them or do we need to resume an individual analysis from each of those disorders? Can we go through the sparse spectrum of neurotic disorders ignoring the market forces or the dualistic interpretation? In this context, there is still room for questioning: is there an undiscovered explanation regarding the psychiatry disorders or are we trying to find a whole rationale explanation to study non-agroupable objects, lacking of that aforementioned common nuclear logic? And finally, could it be that the constant variables which we assume as the constitutive elements of psychiatric objects are barely the shifting boundaries that change as the time and the culture does?

Key Words: Clinical psychiatry – New psychiatric treatments – Epistemology of psychiatry - Psychiatric diagnosis – Paradigmatic crisis in psychiatry.

Al intentar responder sobre la particularidad de la psiquiatría con respecto a otras ramas de la medicina, se suele caer en una ilación divergente. En pocos pasos, la variable "mente" se cruza con "cuerpo" y resurge la amenaza persistente del dualismo. Y si acaso por momentos se lograra un monismo consensuado, aparece el factor social como variable condicionante de una posible etiología, desarrollo mórbido o posibilidad terapéutica. El *triángulo biopsicosocial* de la psiquiatría se manifiesta a veces con justeza pitagórica y otras como una territorio tan misterioso como el de las Bermudas (1).

Con cierta atención al detalle, el objeto de cada especialidad médica revela un núcleo territorial duro, unívoco, rodeado de una órbita gris superpuesta a especialidades vecinas. El cardiólogo, por ejemplo, planta su bandera en el infarto agudo de miocardio pero acuerda con el clínico una explotación conjunta de la hipertensión arterial. El psiquiatra es maestro del dominio de las psicosis y mantiene una situación de tenencia compartida con las demencias. Dentro de las psicosis, si se habla de esquizofrenia(s) no hay dudas de que un psiquiatra es quien tiene el saber sobre ella(s).

Pero la mayor parte de las intervenciones actuales de un *psiquiatra generalista* no son en el territorio de la(es) esquizofrenia(s). La mayoría de las consultas visten síntomas afectivos y ansiosos (2, 3). Debajo de ese bosque, los cuadros toman diferentes presentaciones, algunos poseen fuertes nexos orgánicos (trastorno bipolar, adicciones) y otros son más difíciles de ubicar con rigor en la cartografía cerebral (trastornos de ansiedad, depresiones leves, conductas levemente mórbidas).

Ante un espectro tan disímil en su manifestación sintomática y en su etiología inaprensible, las prácticas que devienen de la especialidad reflejan la Babel que habitan.

Los objetos de la psiquiatría, según G. Berríos, "*no pueden estudiarse de forma independiente de los sistemas de descripción, explicación y gestión que se utilizan para expresarlos en primera instancia*". Esos sistemas son los "*conjuntos organizados de respuestas y representaciones emocionales, cognitivas y ejecutivas que las distintas sociedades formulan para manejar a aquellos miembros que, de forma consensuada, se consideran diferentes, problemáticos, locos, desviados, etc.*" (4)

El problema, entonces, está limitado por las representaciones (este no es un problema sólo de la salud mental, aunque en ella es determinante) y los consensos que nominan la normalidad/anormalidad en un momento y situación específica. En otras palabras, construcciones sociales que con el correr de la joven historia de la especialidad, van perdiendo calidad en sus materiales de construcción: del mármol esquizofrénico al *durlock* de la ansiedad generalizada.

En un intento de formalizar el esquivo objeto epistemológico de la psiquiatría, Berríos trata de atraparlo en una imagen ecuestre definiéndolo "*a caballo entre las ciencias naturales y las humanidades*" (4).

La psiquiatría presentaría, entonces, un carácter híbrido. Eso soluciona parcialmente la cuestión, al

menos en cuanto a poder conceptualizar en una característica el estado de inestabilidad del núcleo epistemológico psiquiátrico.

Otra posible oportunidad de aproximación al objeto de la psiquiatría es abordarlo desde afuera del laberinto endógeno. Pero ahí también se falla. El movimiento antipsiquiátrico, por ejemplo, reduce la labor del psiquiatra a su rasgo manicomial: medicina de la coerción (5, 6, 7). El acercamiento filosófico se pierde en el ser (8). El mecanicista, en la matriz. Más fracasos parciales.

¿Y el psicoanálisis? Los *psiquiatras psicoanalistas* abrazan objetos de las teorías psicoanalíticas más que de la psiquiatría. Lo mismo los que siguen otras psicoterapias; es la técnica la que construye la teoría. Sin embargo, el psicoanálisis ha logrado formalizar teóricamente el terreno de las neurosis de una forma mucho más consistente, menos híbrida, que la psiquiatría, que pareciera rechazarlas. Más adelante se volverá sobre este punto.

¿Qué hace hoy un psiquiatra? ¿Qué patologías trata?

Ésas son las preguntas que deberían ubicar el objeto perdido. A lo largo de un día de trabajo, un psiquiatra generalista puede atender cualquiera de las más de 300 categorías diagnósticas del DSM 5 (9) o la inminente CIE 11 (10). El grupo de pacientes con patologías más severas, fuertes alteraciones del juicio de realidad, vaivenes vertiginosos del caudal emocional o conductas intensas a-sincopadas del contrato social, se mantienen *claramente* como territorio psiquiátrico.

Sin embargo, con el correr de los años, dos fenómenos han expandido la influencia de la psiquiatría. Por un lado, el factor económico: la venta de psicofármacos (11), arrastrada por nuevos diagnósticos y nuevas estrategias de marketing directo e indirecto (12, 13). Por otro, el factor cultural: la cultura popular se apropió de la semiología psiquiátrica, distorsionándola y expandiéndola al nivel del diagnóstico silvestre y la adjetivación psiquiátrica de los sentimientos y acciones de la comedia humana.

Ya no se recurre al psiquiatra sólo por alteraciones de la sensorpercepción, un despliegue delirante o un cambio de la conducta a contramano del orden social. Hoy aparecen en el territorio psiquiátrico las reacciones emocionales frente a la forma de vida actual. La Organización Mundial de la Salud insiste en la epidemia de depresión (14, 15) ¿Cuál es el marco en que se da esa epidemia? ¿Es, como dice Mark Fisher, una consecuencia del capitalismo tardío? (16) ¿Podría pensarse, siguiendo esta línea, que la depresión es a los tiempos actuales lo que la tuberculosis a la revolución industrial? (17, 18).

Es uno de los ejemplos en que el *triángulo biopsicosocial* se pone en juego pero en donde también la posición del psiquiatra está más complicada: ¿cómo tratar esas depresiones si el contexto no cambia y las herramientas farmacológicas apenas producen mejoría en la mitad de los pacientes? (19). Es más, aún logrando un desarro-

llo terapéutico con el 100 % de eficacia, esos pacientes *curados*, ¿serían los mismos que antes? ¿Dónde poner el foco: en la eficacia del mercado (la OMS calculó para una campaña de concientización cuánto dinero se pierde por cada trabajador depresivo) (20) o en el bienestar psico-físico-social?

El resultado de la suma de los vectores bio, psico y sociales, es una situación en la que hay *muchas psiquiatrías*. Está la que es parte fundamental de la salud pública (focalizada en adicciones, depresión). La clásica (psicosis). La política (control a través de diagnósticos herederos de la *dragnetomanía* (21). La pop (el léxico psiquiátrico como objeto de consumo estético en canciones como Lithium -Nirvana- (22) o Schizophrenia -Sonic Youth-(23), diagnósticos psiquiátricos como giros en la trama de series, nombres de psicofármacos como adornos de un guión - Lexapro en *Los Sopranos*, Zolpidem en *Love*, etc). La neopositivista (hay una causa cerebral que explica todo). La dinámica (hay ninguna causa que explica todo). La germanófila. La galomaníaca. La criolla. La social... La que de lejos parece mosca.

Volviendo a la comparación con la cardiología, es difícil pensar tanta variedad bajo el mismo paraguas entre los especialistas del corazón. La pregunta es si es que cada psiquiatría es una forma técnica particular de acercarse al mismo objeto o si en realidad son disciplinas y saberes diferentes, con objetos diferentes pero manteniendo el nombre "psiquiatría" como una fachada arqueológica decimonónica delante de un edificio de hormigón y cristal del siglo XXI.

¿Por qué la psiquiatría se mantiene como un territorio autónomo dentro de las clínicas?

En 1914, Lewellys Barker, en ese entonces jefe de clínica del hospital John Hopkins, publicaba en el *American Journal of Insanity* (hoy *American Journal of Psychiatry*, un detalle nominal viene a cuento) un texto guiado por esa pregunta (24). Sostenía que la psiquiatría se mantenía como una *provincia especial* dentro de las clínicas médicas por los siguientes argumentos: 1) tiene una historia diferente, 2) Por "obvias razones" los pacientes no pueden tratarse en sus casas o en un hospital general.

Además, puntuaba que la mayoría de los pacientes psiquiátricos entraban al sistema de salud por la puerta de la medicina general, por lo que consideraba que "tratar los pacientes con padecimientos mentales requiere entrenamiento en psicología y psicopatología que no están incluidos en la formación básica del médico". Concluía que "(...) la psiquiatría, tal como lo veo yo, es un capítulo extenso y muy importante de la medicina interna. Cada internista debería tener algún entrenamiento en psiquiatría y cada psiquiatra debería ser versado en los métodos de estudios de la medicina." No asombra que más de 100 años después la relación entre la psiquiatría y el resto de la medicina esté casi en el mismo punto. Cualquiera que practique la interconsulta en un hospital general sentirá una curiosa resonancia con la época en que asesinaban al archidu-

que Franz Ferdinand en Sarajevo.

¿Por qué es esto? Puede pensarse como una de las causas la supervivencia de la noción dualista del hombre. Porque a pesar de que muchos estudios han metido las raíces de los problemas psicológicos en el soporte encefálico, la reacción de la medicina en general hacia la especificidad es la de los especialistas en la mente (o mejor dicho, en el no-cuerpo). El post postgrado de especialización lleva a un recorte total del cuerpo a la hora de hacer clínica hoy. Así, los diagnósticos parecerían cumplir la función de indicadores de hacia dónde derivar un paciente, más que conceptualizar una dolencia para ordenar un tratamiento o arriesgar un pronóstico. Como si cada especialidad, con sus diagnósticos y tratamientos, se comportara de forma categorial, relegando la dimensionalidad a la *salud mental* (25), al servicio social o, directamente, a un territorio abandonado.

Esta dinámica atomizadora lleva a un aplanamiento de la concepción del hombre y sus dolencias. Tan es así que pareciera que no se pueden tener dos patologías *al mismo tiempo*. Como si la cinta fordista por donde circula el paciente, de especialista en especialista, sometiera el padecimiento también a una idea secuencial. Esta dinámica ofrece dos consecuencias habituales: a) el paciente que *no es de nadie*, que queda atrapado en un *loop* de derivaciones ante la imposibilidad de tratar de ver un todo, y b) el *hiperpaciente*, un sujeto que carga con docenas de diagnósticos y tratamientos, muchas veces contradictorios, superpuestos como capas de hojaldré.

De la psiquiatría a la salud mental

Un recorte feroz sobre lo que hoy podríamos llamar *psiquiatría clásica*, está claramente basada en las psicosis y alteraciones de la conducta. Las primeras como sostén de la psiquiatría clínica, las segundas, como sostén de la psiquiatría de control.

Un segundo recorte, más adelantado en la línea del tiempo, abre el juego a la influencia del psicoanálisis en el corpus psiquiátrico. Es ahí que entran las neurosis como claro objeto psiquiátrico, fundantes, entre otras cosas, del territorio de las caracteropatías, hoy atrapadas en los trastornos de la personalidad.

Un tercer recorte es la psiquiatría luego de la eliminación del término neurosis en el DSM III (1980) por decisión de Spitzer. Lo hace en pos de limpiar de la nosografía un término que era "tan polisémico que cada uno tenía su propia versión de la neurosis" (26). Spitzer se ofrece como un Zamenhof que quiere hacer del DSM el esperanto psiquiátrico pero termina creando una Babel que aumenta los diagnósticos edición tras edición.

Si uno mira con atención, la neurosis, el concepto, su clínica, aparece en muchos diagnósticos del DSM. No sólo en los obvios trastornos relacionados al universo obsesivo compulsivo (que, además, se pisan con aristas psicóticas) sino en *Frankensteins* tales como el Trastorno de Síntomas Somáticos (300.82), que es básicamente alguien que se preocupa "en exceso" y persistentemente

por “síntomas somáticos”, o el Trastorno Orgásmico Femenino (302.73), cuyos criterios de inclusión hablan de un “retraso marcado, infrecuencia marcada (sic) o ausencia de orgasmo” o bien “una reducción marcada de la intensidad de las sensaciones orgásmicas” que debe darse “en casi todas o todas las ocasiones de actividad sexual (75%-100%)” (¡sic!).

Está claro que quitar la palabra neurosis del DSM (se conserva en la CIE pegoteada a los trastornos de ansiedad), sólo generó una dispersión asombrosa de las neurosis. Un cadáver del fin del tercer paradigma conceptualizado por Lanteri Laura, el paradigma de las grandes estructuras psicopatológicas, que emerge zombi en la crisis contemporánea (27).

Llegados a este punto, vale preguntarse si la aproximación de un psiquiatra a las psicosis es igual que a las neurosis. Algo básico pero importante porque es en el amplio valle de los pacientes neuróticos donde se multiplican los diagnósticos y tratamientos, donde se hace foco en la psicopatologización de la vida cotidiana y donde se ejerce la psiquiatría de control, ya no evidentemente coercitiva como en la era manicomial, sino como generadora de nichos de mercado, tal el recientemente descrito Trastorno de adicción a los video juegos, incorporado a la CIE 11(28).

¿Cómo estudia la psiquiatría actual a la ex-neurosis? ¿Cómo trabaja con los pacientes no-psicóticos? ¿Valen los mismos elementos semiológicos, las mismas herramientas terapéuticas o es necesario poder reanudar un estudio propio sobre estos padecimientos, en virtud de la amplia demanda a los psiquiatras actuales? ¿Puede leerse la macedonia neurótica desde la psiquiatría alejados de las fuerzas del mercado o la interpretación dualista?

Una posibilidad emergente para el futuro de la psiquiatría

El modelo de organización emergente se terminó de hacer consistente en el mundo viviente a través del *Dictyostelium discoideum* (29). La eficacia de este hongo

para encontrar el camino más corto a la comida en un laberinto se explicó gracias a la posibilidad del flujo de información parcial entre cada célula. El saber emergente era más eficaz que el que podría dar una célula centinela, verticalista. *El todo de la suma de las partes independientemente conectadas es más que el todo de las partes organizadas verticalmente.*

La apuesta por la interdisciplina apunta a esto. El problema es que aquello que se llama interdisciplina a menudo se traduce en un sistema de *paradisciplinas* que se amontonan en torno a un paciente. Más allá de esta inconveniencia, y siguiendo con lo que se intenta plantear aquí, ni siquiera cada disciplina que interactúa en una interdisciplina es una disciplina. Hay muchas psiquiatrías pero también muchas psicologías, e incluso muchas enfermerías, trabajos sociales, etc. ¿Esta diferencia es sólo la expresión de los distintos efectores, o alcanza al marco teórico que los determina?

Mientras la psiquiatría sigue creciendo en volúmenes de pacientes y presencia mediática, el desarrollo teórico no logra encontrar las piezas que encajen y se consoliden en una práctica. Como en una partida de *tetris*, la nueva pieza parece que va a cerrar sentido pero al caer en vez de llenar el espacio, deja un hueco y la línea incompleta. Sin embargo, que no se encuentre ese paradigma que abarque todo, no significa que no se genere un saber. Decir que hay muchas psiquiatrías es decir que hay muchos pequeños paradigmas con pequeñas comprobaciones parciales de pequeñas hipótesis. En este contexto, la gran duda persiste: ¿hay una lógica aún no descubierta en el padecimiento psiquiátrico? ¿Estamos a alguna distancia de descubrir etiopatogenias y tratamientos lógicos? ¿O estamos tratando de encontrar una gran lógica para estudiar objetos que no son agrupables, que no poseen una lógica común nuclear, y que efectivamente las variables constantes que los establecen como objetos son apenas los márgenes que cambian con el tiempo y (sea lo que sea aquello que se termina denominando) la cultura? ■

Referencias bibliográficas

1. http://www.who.int/topics/mental_health/es/
2. Cía AH, Stagnaro JC, Aguilar Gaxiola S. et al. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2018) 53: 341.
3. Patalay P, Fitzsimons E. (2017) Mental ill-health among children of the new century. September. London: Centre for Longitudinal Studies.
4. Berríos GE. Psiquiatría y sus objetos *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2011;4:179-82
5. Foucault M (2003) *El poder psiquiátrico*. México: FCE.
6. Cooper D. (1967) *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Buenos Aires: Locus Hypocampus.
7. Szasz T (1974) *La fabricación de la locura*. Buenos Aires: Kairos.
8. Ricoeur, P. (2015) *Freud, una interpretación de la cultura*. Buenos Aires: Siglo XXI.
9. DSM-5. (2018) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Buenos Aires: Panamericana.
10. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
11. <https://www.lanacion.com.ar/2035772-114-pastillas-por-segundo-el-consumo-de-ansioliticos-crecio-40-en-cinco-anos>
12. Hollon, M.F. *CNS Drugs* (2004) 18: 69.

13. Larkin I, Ang D, Steinhart J, Chao M, Patterson M, Sah S, Wu T, Schoenbaum M, Hutchins D, Brennan T, Loewenstein G. Association Between Academic Medical Center Pharmaceutical Detailing Policies and Physician Prescribing. *JAMA*. 2017 May 2;317(17):1785-1795
14. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
15. Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates. WHO Report 2017.
16. Fisher M (2017). *Realismo capitalista*. Buenos Aires: Caja Negra.
17. Scholssberg D, editor (2000) Tuberculosis e infecciones por otras bacterias no tuberculosas. Epidemiología y factores del huésped. 4ta ed. México: McGraw Hill, p 3-18.
18. Túniz Bastida V, García Ramosa MR, Pérez del Molino ML, Lado Ladoa FL. Epidemiología de la tuberculosis *Med Integr* 2002;39:172-80
19. Cipriano A. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis *Lancet* Volume 391, 10128, P1357-1366, April 07, 2018.
20. <http://www.who.int/es/news-room/detail/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return>
21. Hunt SB. (1855). Dr. Cartwright on "Drapetomania. *Buffalo Medical Journal* 10: 438-442.
22. Nirvana-Lithium. Nevermind, Geffern, 1991.
23. Sonic youth. Schizophrenia. Sister, SST 1987.
24. Barker L. The relations of internal medicine to psychiatry. *American Journal of Insanity*, vol LXXI, 1914.
25. Goldchluk A. La Salud Mental vista desde la perspectiva de la psiquiatría. *Vertex Rev. Arg. de Psiquiat.* 2012, Vol. XXIII,101:20-24.
26. Bayer R, Spitzer RL. Neurosis, psychodynamics, and DSM-III. A history of the controversy. *Arch Gen Psychiatry*. 1985 Feb;42(2):187-96.
27. Levin, S. Apuntes para un análisis epistemológico de algunos problemas de la psiquiatría contemporánea. *Vertex Rev. Arg. de Psiquiat.* 2010. Vol XXI, 92:263-273.
28. <http://www.who.int/features/qa/gaming-disorder/en/>
29. Nagano S. Modeling the model organism Dictyostelium discoideum. *Development, growth and differentiation* December 2000 42, 6: 541-550.

¿Los datos masivos serán el futuro de la psiquiatría?

Javier Fabrissin

*Médico especialista en psiquiatría. Sistema Provincial de Salud, Gobierno de Tucumán.
Cátedra de Salud Mental II. Carrera de Medicina. Universidad de San Pablo, Tucumán.
E-mail: jfabrissin@gmail.com*

Resumen

Los datos masivos (DM) son grandes volúmenes de datos variables, complejos y de alta velocidad que requieren técnicas y tecnologías avanzadas para permitir la captura, almacenamiento, distribución, manejo y análisis de la información. Su uso en medicina constituye un campo en expansión que ofrece respuestas probabilísticas o correlaciones estadísticas entre las variables que componen algún fenómeno, para aportar en la toma de decisiones a nivel epidemiológico, clínico, diagnóstico y terapéutico. La psiquiatría podría verse beneficiada con la aplicación de la analítica de los DM en la detección precoz de los trastornos mentales, en el aislamiento de criterios de predicción terapéutica, en la clasificación de la patología mental, etc. En la presente revisión se presentarán sucesivamente los conceptos que definen a los DM, sus fundamentos teóricos, sus posibles aplicaciones en psiquiatría y se discutirá sobre el cambio epistemológico que los DM proponen. Los DM ofrecen una opción promisoriosa que aborda las preguntas y los problemas de la psiquiatría, desde una perspectiva alternativa, basada en la estadística y los algoritmos computacionales.

Palabras clave: Datos masivos - Minería de datos - Aprendizaje de máquinas - Epistemología de la psiquiatría.

IS BIG DATA THE FUTURE OF PSYCHIATRY?

Abstract

Big Data is a term that describes large volumes of high velocity, complex, and variable data that require advanced techniques and technologies to enable the capture, storage, distribution, management, and analysis of information. Big data analytics are a growing field in healthcare, offering probabilistic answers or statistical correlations to specific phenomena which, in turn, could be used to assist in decision-making at an epidemiological, clinical, diagnostic, or therapeutic level. Psychiatry itself also can take advantage of big data by applying its analytics into early detection of mental disorders, in the definition of therapeutic response criteria, for the classification of mental disorders. The aim of this review is to present the theoretical background that define big data, its potential use in psychiatry, and to discuss about the conflicting suggestion of big data as a new epistemology. In conclusion, big data offers an alternative approach to scientific knowledge by answering psychiatric issues and problems from a different perspective, based on statistical and computational algorithms.

Keywords: Big data - Data mining - Machine learning - Epistemology of psychiatry.

Introducción: Psiquiatría por ingenieros

En el año 2014, el Instituto de Ingenieros Eléctricos y Electrónicos organizó su Competencia Anual de Aprendizaje Automático sobre el "Procesamiento de señales en relación con el diagnóstico de Esquizofrenia" (1). El desafío planteado a los grupos competidores fue diseñar un algoritmo computacional que permitiera diferenciar a pacientes con esquizofrenia de controles sanos mediante el análisis de sus resonancias magnéticas. Se repartieron 72 resonancias de cerebro entre los 245 equipos, indicándoles cuáles pertenecían a pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y cuáles no. En total, los grupos aislaron unas 2000 características diferenciales con las que cada uno diseñó su propio algoritmo. Luego, se les entregaron otras 72 resonancias aunque sin especificar si eran de pacientes o de controles, para poner a prueba cuál de los algoritmos resultaba más eficiente. Se premió a un equipo cuyo algoritmo pudo diferenciar las neuroimágenes de los pacientes versus las de los controles con un margen de error del 10%. Remarquemos que de la competencia sólo participaban ingenieros electrónicos que no contaban con ninguna información adicional, no había psiquiatras ni datos de la clínica psiquiátrica.

A este panorama nos asomamos cuando entramos en el terreno de los DM. ¿Se trata de un recurso asimilable o antagónico con la clínica? ¿Se trata de una etiqueta de mercadeo o supone un profundo cambio epistemológico? ¿Se trata de algo que viene a revolucionar la psiquiatría?

Los datos masivos

Un *dato* es la descripción de algo que permite ser registrado, analizado y reorganizado; datificar un fenómeno es, por lo tanto, cuantificarlo, convertirlo en un índice matemático (2). Dado que hoy en día cualquier cosa admite ser expresada en datos -incluso un estado de ánimo-, las fuentes clásicas de información (bases biomédicas, registros de ensayos clínicos, evaluaciones clínicas) se entremezclan con otras, como los registros provenientes del uso de las redes sociales, de lo que producimos con el uso del celular, de una tarjeta de crédito, de un GPS, del *logueo* para transacciones informáticas, del escaneo de pasajes, de imágenes de un circuito cerrado de TV, etc. (3, 4).

Los datos masivos (DM) son "grandes volúmenes de datos, variables, complejos y de alta velocidad que requieren técnicas y tecnologías avanzadas para permitir la captura, almacenamiento, distribución, manejo y análisis de la información" (5). Se los suele glosar en base a "las siete Vs" (6, 7, 8), correspondientes a *volumen* (tamaño de almacenamiento), *velocidad* (adquisición en tiempo real de los datos y disponibilidad inmediata para hacer uso de ellos), *variedad* (orígenes múltiples, diferentes clases), *variabilidad* (el significado cambia de acuerdo al contexto), *veracidad* (importancia de que los datos sean precisos), *visualización* (modo en que los resultados

son presentados) y *valor* (costo de las herramientas para hacer uso de los DM, el ahorro que deriva de su implementación y el valor de (inter)cambio de los DM).

El surgimiento de los datos masivos

Su aparición en la Salud Pública fue por el año 2009 cuando se propuso un sistema de monitoreo de casos nuevos de enfermedad tipo influenza (9). Se trataba del *Google Flu Trends* (GFT), un software que delineaba un mapa de la población potencialmente infectada basándose en las coincidencias entre la frecuencia de la búsqueda en *Google* de ciertos términos (ej: resfrío, fiebre) y las zonas geográficas en las que se hicieron. El sistema señalaba por dónde se había propagado la gripe, superando los métodos oficiales por cuanto su actualización podía hacerse en tiempo real. A pesar de su auspiciosa irrupción, se comprobó que el programa detectaba síndromes del tipo de la influenza más que casos de gripe confirmados (10). Esto permite señalar dos cualidades de la analítica de los DM. La primera de ellas es su practicidad: piénsese en la "simplicidad" de analizar búsquedas de términos claves en *Google* desde un escritorio en lugar de tener que recopilar los registros sanitarios; la segunda es que la propensión a la falla es aceptada de antemano y, por consiguiente, sujeta a perfeccionamiento. Los DM prestan continuamente la otra mejilla porque aun con sus errores, aun con valores predictivos bajos, aun si devuelven un porcentaje de falsos positivos o falsos negativos poco aceptables, la capacidad inherente de aprendizaje, de re-programación de los algoritmos, de recalibración de las herramientas de análisis, conduce a un mejoramiento del sistema. De hecho, al adosarle al GFT original un análisis de redes, se mejoró en más de un 30% la eficacia del método original, logrando anticipar las zonas por las que se propagaría el virus de la influenza (11). Esta vocación de perfeccionamiento de los algoritmos está representada por el concepto de inteligencia artificial y, más específicamente, por el de aprendizaje automático o de máquinas (*machine learning*).

La analítica de los datos masivos

El "aprendizaje de máquinas" (*machine learning*) o aprendizaje automático es una de las técnicas que se emplean para gestionar los datos de un modo que permita ir más allá de su mera recopilación. Se trata de un área de la inteligencia artificial que focaliza en el diseño de programas capaces de *aprender* por sí solos. Un programa *aprende* si su desempeño en alguna tarea mejora autónomamente con la experiencia, sin la intervención humana. El procedimiento implica la recolección de los datos y la realización de un análisis automático con algoritmos que pueden explorar dichos datos para reconocer patrones y predecir resultados. Los datos iniciales para el aprendizaje provienen de una distribución de probabilidad conocida, por lo que el algoritmo de aprendizaje debe proveer un modelo que le permita producir pro-

nósticos con información nueva (12).

El aprendizaje de máquinas puede ser (13):

- **Supervisado:** los sistemas computacionales se programan para etiquetar (clasificar) elementos nuevos, no presentados previamente, utilizando una entre varias categorías (clases) aprendidas anteriormente. En el concurso de los ingenieros electrónicos, a partir de imágenes etiquetadas (pacientes con esquizofrenia / controles) se confeccionaron algoritmos capaces de clasificar la segunda tanda de imágenes (no etiquetadas) según las categorías aprendidas;
- **No supervisado:** el modelo se va ajustando a las observaciones sin un entrenamiento previo, por lo que a los elementos de entrada (datos no etiquetados) se los aborda como un conjunto de variables aleatorias y, mediante la medición de sus similitudes, se descubren patrones o relaciones entre ellos. Un programa de aprendizaje no supervisado no sería capaz de decir si una imagen dada es de un paciente con esquizofrenia o de un control sano, pero sí podría discriminarlas y agruparlas en clases con rasgos semejantes.

Otra técnica de análisis es la “minería de datos”. Se trata de un programa que *excava* en montañas de datos y busca detectar patrones significativos, relaciones estadísticas, algún cruce de características previamente desconocidos o sólo intuitivos (14), los cuales se podrían traducir en *conocimiento* o en información para alimentar los programas de aprendizaje de máquinas. Mientras que el aprendizaje de máquinas está orientado más bien hacia obtener resultados, la minería de datos propone un análisis exploratorio, observacional, donde el programa vagabundea a través de los datos e intenta identificar algo que pueda resultar importante, sin instrucciones respecto de dónde mirar o qué buscar. Esto último sería suficiente para detectar relaciones relevantes, y deja en un segundo plano o para un segundo momento cualquier antecedente teórico previo desde el cual posicionarse para interpretarlos (15).

Aplicaciones en medicina

Algunas especialidades médicas vienen haciendo un notable uso de los métodos de análisis mencionados. Uno de los trabajos con resultados más sólidos surgió del entrenamiento de un algoritmo de aprendizaje automático *alimentado* con 129.450 imágenes correspondientes a 2.032 enfermedades cutáneas, evaluando su capacidad para distinguir entre carcinoma versus queratosis seborreica benigna y melanoma maligno versus nevus benigno. El modelo alcanzó el mismo nivel de precisión que dermatólogos expertos que oficiaron de grupo de comparación (16). La elección de estos diagnósticos no es un detalle menor: se trata de los motivos de derivación más frecuentes al especialista en piel (17).

La oftalmología es otra especialidad que cuenta con desarrollos en la aplicación de los DM. Existe cierto apoyo al uso del análisis automatizado de imágenes retinales

como método de *screening* para la retinopatía diabética, discriminando de una forma rápida, segura y costo-efectiva si amerita una consulta adicional con el especialista (18). Incluso hay estudios que ensayan la realización de mediciones de agudeza visual y de toma de fotos de fondo de ojo con el celular del propio paciente, con un nivel de precisión comparable al del oftalmólogo (nivel de concordancia kappa=0,91) (19).

Lo que estos trabajos sugieren es que, si se obtienen valores aceptables de sensibilidad y especificidad con niveles de concordancia iguales a los del especialista, un recurso tan simple como sacarse una foto de una lesión cutánea y procesarla mediante un algoritmo de esta naturaleza la convertiría en una metodología más costo-efectiva que la consulta directa, clásica con el especialista (18).

Asimismo, desde la perspectiva de la “minería de datos”, se propone el uso de programas que rastreen los registros médicos electrónicos para pesquisar, entre la suma de datos estructurados y no estructurados, patrones que puedan tener alguna relevancia (20), tales como el descubrimiento de modelos individuales y colectivos de predicción (de riesgo, evolutivos, de respuesta), basados en la clínica, los antecedentes, la información personal, etc., de un conjunto de pacientes pertenecientes a un área de cobertura de salud en procura de capturar patrones que asistan en el diagnóstico precoz, la prevención, etc. Algo semejante se propone para la farmacovigilancia (21), ya que por medio del sondeo de la información consignada en los sistemas oficiales de farmacovigilancia, en los registros médicos electrónicos, pero también en archivos no estructurados (consultas realizadas en buscadores, foros, preguntas formuladas en redes sociales, como por ejemplo: “*Estoy tomando este remedio, me está pasando esto, ¿a alguien le pasó lo mismo?*”), podría advertirse sobre reacciones adversas, el uso de un fármaco para patologías diferentes de las que fuera aprobado, el uso en poblaciones especiales, etc. (22).

Aplicaciones en psiquiatría

La analítica de DM en psiquiatría aparece en estudios que incluyen muestras poblacionales colosales, seguimientos prolongados, variables múltiples. Ejemplo: mortalidad asociada al uso de benzodiazepinas según la base de datos de una empresa de seguro médico que incluyó 1.686.410 pacientes expuestos al fármaco *versus* 1.930.159 controles (23); 73731 pacientes con demencia captados entre 1970 y 2013 *versus* 733.653 controles (24). Mientras que éstos no dejan de ser estudios epidemiológicos a gran escala, la perspectiva de los DM se aprecia en otras aplicaciones algo más controversiales (25).

a) Detección de la patología mental mediante las redes sociales

Se basa en el rastreo de las redes sociales, asumiendo que los *posteos* contienen información relativa al estado

mental del usuario y que permitirían, incluso, anticiparse al diagnóstico clínico.

- *Depresión y Twitter*. Tomando 279.951 *tuits* correspondientes a 105 usuarios con depresión y 99 controles se observó que los usuarios deprimidos tenían un mayor uso de *palabras negativas* (“no”, “nunca”, “prisión”, “muerte”) y un menor uso de palabras positivas (“alegría”, “playa”, “foto”). Con esto se construyó un modelo predictivo cuyo desempeño fue de 1 solo falso positivo cada 10 pacientes *diagnosticados* con depresión (26).

- *Depresión e Instagram*. A partir de 43.950 fotos publicadas por 166 usuarios de *Instagram* a las que se procesó con un algoritmo que analizaba el color y el contenido de las imágenes se pudieron identificar marcadores de depresión con una confiabilidad mayor al parámetro de referencia que se usó como comparador (el valor predictivo positivo del análisis fue del 70% mientras que el valor de referencia fue del 42%) (27). Las fotos de los usuarios deprimidos tenían un tono de color aumentado junto con una baja saturación del color y bajo brillo, un mayor número de comentarios recibidos pero menor número de *likes*, una mayor probabilidad de publicar imágenes de rostros que paisajes o mascotas, pero con un menor número de caras por foto, una predominancia del filtro *Inkwell*, entre otras. El estudio detectó que 71 de los usuarios estaban clínicamente deprimidos y en un tercio de los casos el modelo computacional “diagnosticó” la depresión antes de que el propio paciente contara con el diagnóstico clínico.

b) Diagnóstico asistido por métodos electrónicos

- *Diagnóstico de Esquizofrenia*. Se evaluó si el análisis automatizado del habla podía predecir el desarrollo de psicosis en jóvenes con alto riesgo (28). La muestra consistió en 34 participantes con síntomas atenuados de psicosis, de 14 a 27 años, seguidos durante 36 meses. Los autores aplican un análisis computacional de grabaciones del habla, de donde surgen algunos marcadores específicos, tales como la longitud máxima de las frases, el uso de determinantes (*that, what, whatever, which*), la coherencia entre dos frases consecutivas, el máximo número de palabras por frases. Los investigadores alegan que el método pudo predecir con un 100% de precisión el desarrollo de psicosis, superando en exactitud al diagnóstico por métodos estructurados clínicos.

c) Aprendizaje automático para la predicción diagnóstica

- *Anticipación del consumo problemático de sustancias*. Whelan y cols. emplean el aprendizaje automático para dilucidar si es posible predecir el riesgo de consumo problemático de alcohol (29). Para ello emplearon 2.500 neuroimágenes (RM estructural y funcional) realizadas a 692 adolescentes de 14 años obtenidas mientras se les presentaban tareas cognitivas de control inhibitorio, procesamiento de la recompensa y de respuesta emocio-

nal. El rastreo y la articulación de datos realizados por el algoritmo predijeron con un 70 a 75% de precisión cuál de esos adolescentes tendrían consumo excesivo de alcohol a los 16 años.

d) Aprendizaje automático para predicciones terapéuticas

- *Predicción del tratamiento de la esquizofrenia*. Con el empleo del aprendizaje automático en un modelo de regresión de validación cruzada, usando la correlación entre las conexiones funcionales corticales entre la corteza temporal superior y otras regiones corticales obtenidas en estado de reposo con RMf, se pudo prever el porcentaje de disminución en el puntaje total de la PANSS, logrando un nivel de predicción de respuesta positiva al tratamiento del 88% (30). Se trataba de un grupo de pacientes con un primer episodio psicótico, libres de medicación, que fueron tratados con risperidona por 10 semanas. El modelo también identificó aquellas conexiones que permitían distinguir pacientes con esquizofrenia de controles sanos, combinando una secuencia típica de la psiquiatría del futuro: diagnóstico y predicción terapéutica en base a biomarcadores.

e) Aprendizaje automático para la clasificación diagnóstica

- *Clasificación de la Esquizofrenia*. El concepto de análisis guiado por los datos se usó para clasificar subtipos psicóticos (31). Se incluyeron 709 participantes con rasgos psicóticos y 342 controles, tomando en consideración ciertos biomarcadores (desempeño óculo-motor, control cognitivo e inhibición), junto con una escala de funcionamiento e imágenes de RM. El análisis de los datos definió 4 sub-grupos: Grupo 4: respuestas motoras hiperactivas y bajo control cognitivo; Grupo 3: cognición normal y control motor normal pero amplitudes EEG anormalmente bajas en respuesta a los estímulos auditivos; Grupo 2: lentitud en tareas motoras combinado con pobre control cognitivo; Grupo 1: desempeño similar a los controles en todas las tareas. Estos subtipos fueron consistentes y homogéneos con los resultados obtenidos para cada uno de ellos en la Escala de Funcionamiento Social y en las neuroimágenes. En la misma línea, otro estudio analizó imágenes de RM funcional, calculando la intensidad de acople entre tres regiones (corteza visual, corteza pre-frontal dorsolateral y corteza parietal), implicadas en el funcionamiento de la memoria de trabajo (32). Un modelo computacional produjo estimaciones de la intensidad en la conexión entre estas tres zonas, diferenciando a los controles de los pacientes e identificando tres sub-grupos de pacientes que se diferenciaban en términos de arquitectura de la red neuronal. Cabe destacar que esta agrupación se realizó sin contar con información respecto de la sintomatología presente o predominante en los pacientes.

El valor de los datos masivos

Los datos son índices que necesitan ser procesados para mudar en signo de algo, para portar un significado o una función pragmática; son una mercancía, materia prima la que se le puede dar un valor agregado convirtiéndola en información, y esa transformación le confiere a ese elemento neutro un uso intercambiable cuya aplicación puede distar -y no tener una relación directa- con el punto de origen. Así, mediciones de estados de ánimo colectivos, colegidos desde los *tuits* y realizadas por programas como *Opinion Finder* o *Google-Profile of Mood States*, se correlacionaron con el comportamiento de las acciones medidas por el *Dow Jones Industrial Average* y su inclusión demostró mejorar significativamente la predicción del comportamiento de las acciones hasta en un 90% (33). Seguramente se puede hallar alguna lógica que conecte el valor de una acción con el humor positivo de los *tuiteos*, pero aquello que justifica su asociación y utilidad, lo que le otorga valor a esos datos, un valor que va más allá de la simple curiosidad, no depende de esa explicación sino del resultado, en este caso económico, que aportaría tal correlación. El dato es información para la toma de decisiones y los resultados de esas decisiones reeditúan financieramente, ergo, la correlación se afirma más.

Una nueva epistemología

Datos hubo siempre, por lo tanto, ¿qué sería lo novedoso de los DM? Por un lado, vivimos una época en la que se produce una creciente cantidad de datos y su captura se realiza con más celo e interés; por otra parte, el mundo fue atribuyendo una importancia superlativa a los datos, importancia que podría ser intrínseca a ellos mismos o adjudicada por alguna fuente de validación externa. Pero no es sólo una cuestión cuantitativa ni de un mejor aprovechamiento de los datos gracias al desarrollo de herramientas más potentes: los DM son presentados como una aproximación epistemológica nueva en la búsqueda de *conocimiento* (34).

El giro epistemológico radica en que en lugar de testear una hipótesis empleando la experimentación, se apela a una recopilación de datos sin un procesamiento teórico previo muy consistente o, directamente, sin su necesidad, proponiendo la posibilidad de un *conocimiento* vaciado de explicaciones mecanicistas (34). De allí que se afirme que se trata de una nueva era de la producción de conocimiento caracterizada por “el fin de la teoría” (35). Dada la potencia de la estadística masiva, los patrones y las relaciones halladas en los DM producirían conocimientos inherentemente significativos y el método científico se vuelve prescindible. La analítica de los DM es, por tanto, un modo empírico, positivista y no mecanicista en la producción de conocimiento: la correlación es suficiente, no importa la hipótesis (o importa menos), la correspondencia reemplaza la causa, y la

ciencia puede avanzar sin modelos coherentes, teorías unificadas o cualquier tipo de explicación que dé cuenta del fenómeno. Frente a esta proclama contra la teoría, Han (36) la defiende fundamentado en que “la teoría constituye una *decisión* esencial [...] que dictamina qué es pertinente a algo y qué no lo es”, impidiendo que las cosas se mezclen y proliferen y reduciendo la entropía. Para Han, el exceso de información aumenta la entropía y el nivel de ruido; por lo demás, una información no es conocimiento, es “*algo de lo que nos enteramos*”. En verdad, los datos no se captan en un ideal estado salvaje, libres de toda fuerza regulatoria; de por sí los algoritmos se validan según modelos explicativos existentes y, por tanto, están diseñados para capturar sólo *ciertos* tipos de datos (37). ¿Sería por lo tanto una *decisión* epistemológica, acaso moral, volcarse hacia el marco de la razón teórica o hacia el marco de la razón estadística? Y si la información no aporta conocimiento, ¿dónde encontraría un sustento que trascienda el mero *enterarse*?

La clave que respalda a los DM es su poder estadístico. Las herramientas de procesamiento, se afirma, pueden incluir *todos* los datos pasibles de ser recogidos de un determinado fenómeno (N=todo), lo que supone una disensión con la técnica del muestreo, dado que ésta resulta de la limitación informativa y de las restricciones materiales a la hora de analizar una porción de la realidad. Al emplear *todos* los datos, es posible que surjan detalles que quizás no se hubieran detectados con cantidades restringidas de datos (38) (aunque, por más amplio que sea el universo captado, es una representación (una muestra) moldeada por la tecnología usada) (39). A su vez, se desafía el anhelo de exactitud, puesto que al emplear un número mayor de datos habría más probabilidades de que existan errores de medición, pero incluso así, de detectarse una relación entre dos variables, esto daría cuenta de que *ahí hay algo significativo*, siempre y cuando se pueda captar una tendencia general: lo que se pierde en exactitud en el nivel micro se gana en precisión en el nivel macro (25). En suma, los DM obtienen predicciones, siendo suficiente la correlación estadística. Estas correlaciones no siempre dirán por qué ocurre algo, cuál es la causa de un determinado fenómeno, pero dan la pista de que algo está pasando o que podría pasar, se establece una causa probabilística (40).

Hasta aquí se podría decir que, en rigor, los DM expresan una variante del positivismo y su propuesta de obtener conclusiones generales a partir de observaciones particulares. Sin embargo, donde los positivistas están (o estaban) interesados en que de los hechos de la experiencia surgiera un conocimiento, los ideólogos de los DM discrepan: si surge un conocimiento bienvenido, de lo contrario, no importa, la marcha de la ciencia no se detiene ya que el correlato estadístico basta para *hacer algo*. La analítica de los DM puede no profundizar en responder cómo, cuándo y por qué ocurre algo y sólo decirnos “qué ocurre” (lo que mantendría el análisis a un nivel descriptivo) (41). Si la utilidad y la calidad de

las teorías se valoran en función de su poder explicativo y de su valor predictivo, permitiendo que se pueda anticipar la emergencia de algún fenómeno con algún grado de conocimiento de la relación causa-efecto, pues bien, la analítica de los DM asume que se puede alcanzar una predicción sin una explicación.

Se podría decir que la analítica de los DM no excluye *per se* al método científico (entendido como la observación sistemática, la medición, la experimentación, la formulación, el análisis y la modificación de las hipótesis), pudiéndose asimilar a éste sin inconvenientes. Más bien, la analítica de DM incluye una combinación híbrida de aproximaciones abductivas, inductivas y deductivas, aunque se aparte del diseño experimental tradicional ya que no necesariamente arranca el proceso de investigación a partir de una hipótesis por probar (37).

Por tanto, si ha de reconocerse una nueva epistemología lo será en la relativización de la causalidad como cúspide explicativa y pasión científica. “La sociedad tendrá que desprenderse de parte de su obsesión por la causalidad a cambio de meras correlaciones [...]”, dicen Mayer-Schöenberger y Cukier (38). De acuerdo con los autores, no se precisa *necesariamente* una hipótesis válida sobre un fenómeno para empezar a entender el mundo y no resulta *eficiente* tomar decisiones acerca de qué variables examinar basándose únicamente en hipótesis (38). De este modo, podrían legitimarse datos (¿información?) como indicadores de algún hecho, aunque no guarden una relación directa de causalidad con éste, lo que oficia de cimiento para el desarrollo de una cadena auto-reproducible, que da un sentido, una justificación, una *auto-confirmación* a los resultados que se promulgan.

Desde un punto de vista epistemológico, no es posible investigar sin teoría; digamos más: no es posible tomar contacto con el mundo sin una plantilla adquirida que organice la mirada. Ahora, esa epistemología que dirige la mirada, ¿podría encerrarnos en una miopía que limite la irrupción de una propuesta, como la de los DM, que desdén, flexibilice, retuerza o dé por calladamente implícita una teoría dada? Para evitar retroceder varios casilleros y restaurar discusiones antiguas, sugiramos que la analítica de los DM manipula, *samplea* la teoría, al punto de convertirla en parte de otra cosa: está ahí, es un extracto del original, pero es otra cosa, un fragmento puesto al servicio de la construcción de una obra nueva, se vuelve apenas reconocible y en ningún modo determinante.

La perspectiva de los DM podría ser una aproximación tan válida como cualquier otra, y ofrecer el mismo nivel de crédito científico, un nivel de aval equiparable al de otras teorías y prácticas que empleamos cotidianamente. ¿Por qué desatender o desacreditar sus propuestas?, ¿qué haría que se la cuestione más especialmente que a otras? Es cierto, hasta ahora el cuerpo de investigaciones bajo su égida no llegó a un punto de confluencia y coherencia como para transformar la manera de teorizar (en nuestro caso, los padecimientos mentales);

pero, volvemos a remarcarlo, los DM autorizarían una praxis sin un fundamento o una explicación totalmente elucidados, lo que para la psiquiatría implicaría que los resultados estén sostenidos menos en una lógica psicopatológica o en una comprobación biológica que en el respaldo estadístico.

El adiós a la clínica

Imaginemos que se propone una clasificación de los trastornos mentales basada en circuitos neuronales putativamente patológicos, identificados mediante neuroimágenes y establecidos más allá de toda duda gracias al respaldo de la correlación estadística. Si esto ocurriera, se podría afirmar algo así como: “De ahora en más, se definirá como Esquizofrenia la anisotropía fraccional reducida en las regiones correspondientes al fascículo longitudinal superior y en la rodilla del cuerpo calloso (42)”. Si esto prevaleciera, diagnosticar sería detectar señales, captar un *fenómeno real* del cual el síntoma sería un simple correlato superficial, una vislumbre deslucida de esas alteraciones neurobiológicas.

Aun cuando esto sea especulación, no es ningún disparate pensar que la dimensión clínica de la psiquiatría se va (a ir) perdiendo y que el terreno que deja vacante será conquistado por otras aproximaciones, como viene ocurriendo en otras especialidades. Es que si la clínica psiquiátrica se basa en un entrenamiento anamnésico y semiológico y en una sistematización que provea una conceptualización y un sentido a los síntomas, hay, al menos, tres hechos que atentan contra ella: 1) la relativa escasez de psiquiatras (43), lo que tarde o temprano repercutirá en que el encuentro médico-paciente se vea resentido por algo tan básico como la falta de tiempo; 2) el declive del Maestro que enseña a ver lo que se tiene delante, sumado a la simplificación de los conceptos clínicos a la que lleva la psiquiatría contemporánea; 3) el impulso por que la psiquiatría adopte un perfil neurocientífico (44). Una manera de paliar la falta de psiquiatras y el deterioro de la clínica es que la participación humana en la evaluación se apoye en métodos diagnósticos y terapéuticos que dependan menos de la intervención del médico. No es inimaginable, y de hecho es bien probable, que el futuro de la medicina y la psiquiatría sea uno en el que se monitoree pasivamente registros electrónicos (historias clínicas, estudios complementarios digitalizados), *posteos* en redes sociales, para detectar índices que puedan resultar de importancia sanitaria (45). De hecho, un estudio basado en 700.000 registros médicos electrónicos de un sistema de salud desarrolló un método automatizado que predice la probabilidad, sin interposición humana, de que un paciente de dicho sistema de salud desarrolle diferentes patologías, entre ellas la esquizofrenia (46).

¿A dónde nos llevaría todo esto? Por un lado, a que la psiquiatría avance sin que importe una teoría del enfermar y que el “saber” se organice según los preceptos de los DM, lo que podría ser el umbral de un nuevo pa-

radigma psiquiátrico. El contexto es favorable habida cuenta que la perspectiva de los DM se ajusta a las premisas para erigir un paradigma psiquiátrico y que, incluso, sería una prolongación coherente del paradigma biomédico descrito por Stagnaro (47). La triada Clasificación + Etiología o etiopatogenia + Terapéutica, se puede verificar en una *clasificación* de aquello que se tomará por patológico surgida de un agrupamiento de síntomas, antecedentes personales y demográficos, comprobaciones biológicas, etc., amalgamados con el cemento de la estadística, el *establecimiento de una causa* -no etiológica ni etiopatogénica- sustentada por la correlación estadística entre los elementos constituyentes de las entidades resultantes, y la posibilidad de un *diagnóstico y un tratamiento* asistidos por algoritmos computacionales. Y si en el camino se pierden conocimientos que cimentaron la psiquiatría desde su albor, ¿importará si los resultados son efectivos?

Por otro lado, las nuevas tecnologías podrían alcanzar el *sumun* de la medicina: la prevención y la detección precoz. Después de todo, ¿qué otra cosa es la capacidad de predicción de la que se ufana la analítica de los DM? Recordemos los algoritmos que analizan los *tuits* y diagnostican a los usuarios deprimidos, incluso prediciendo el desarrollo de depresión con una anticipación de varios meses al diagnóstico clínico (26). ¿Se dará lugar a su empleo a pesar de que no cuente con un asiento en la clínica, de que anule la subjetividad, de que carezca de una psicopatología?

Se objetará que se está muy cerca de la vigilancia y el control, que a fin de cuentas los DM no dejan de estar constituidos a partir de algún cuadro teórico-clínico, que las tendencias y patrones que se *descubren* con los DM pueden no ser suficientemente sensibles o específicos para tener utilidad a nivel de la salud pública... Aposillemos que una cualidad sagaz de estas nuevas aproximaciones es la capacidad de aprendizaje, de perfeccionamiento, de modo que lo que hoy podría funcionar mal sería susceptible de mejoras; y, cualidad aún más artera, que las afirmaciones estadísticamente prepotentes de los DM puedan crear *una versión de la realidad*, lo que a la larga puede ser *la realidad*.

Por lo demás, ni el objeto de la psiquiatría ni la manera adecuada de comprenderlo están delimitados de modo indiscutible: ¿se podría decir con certeza que hay un modo inapelable de entender lo-que-hoy-llamamos síntoma o enfermedad mental, que la clínica prescribe la forma correcta de ver, la más autorizada, la más ética, la más comprobable, la más simpática; que lo biológico se reproduce idénticamente y confluye homogéneamente en cada uno de los estudios destinados a valorar, eventualmente confirmar, hallazgos pretéritos u obtener constataciones nueva sobre algún aspecto de la patología mental; o que se progresó sustancialmente en el anhelo de establecer una relación biunívoca entre un sustrato orgánico y un síntoma o dimensión sintomática?

El futuro de la psiquiatría

Volvamos a la competencia de los ingenieros electrónicos por ver quién diseñaba el mejor algoritmo diagnóstico. "*Diagnóstico*" tal vez no sea el término adecuado, ya que estos algoritmos lo que hacen es clasificar, diferenciar, hallar correspondencias, sin necesariamente saber qué es lo que está clasificando. El detalle aquí es que todos estos procesos, como se dijo, pueden terminar en una espiral de autovalidación, originando nuevas formas de lo normal y lo patológico, mucho más si por algún medio (estadístico, financiero) se determina su eficiencia. El recorrido sería: 1°) poner en vecindad un dato (palabras de contenido negativo en *Twitter*, circuitos neuronales patológicos en las neuroimágenes) con algún trastorno (depresión, esquizofrenia); 2°) buscar constatar que estos datos están fuertemente asociados con el trastorno; 3°) producir la metonimia merced a la cual se propone que las palabras o las neuroimágenes son *equivalentes* al mismo diagnóstico que servían para diagnosticar; 4°) desprenderse del diagnóstico original, de modo que "palabras negativas", "circuitos neuronales patológicos" terminarán convirtiéndose en aquello que haya que diagnosticar, y para lo que no hará falta el psiquiatra clínico.

Seguramente nos dolerá si ese termina siendo el futuro de la psiquiatría. ■

Referencias bibliográficas

1. Silva RS, Castro E, Gupta CN, Cetin M, Arbabshirani M, Potluru VK, et al. The tenth annual MLSP competition: Schizophrenia classification challenge. Machine Learning for Signal Processing (MLSP) 2014; IEEE International Workshop on, pp. 1-6.
2. Raghupathi W, Raghupathi V. Big data analytics in health-care: promise and potential. *Health Information Science and Systems*, 2014; 2:3.
3. Starren J, Williams MS, Bottinger EP. Crossing the omic chasm: a time for omic ancillary systems. *JAMA*, 2013; 309: 1237-8.
4. Glenn T, Monteith S. New measures of mental state and behavior based on data collected from sensors, smartphones, and the Internet. *Curr Psychiatry Rep*, 2014; 16:523.
5. Institute for Health Technology Transformation. Transforming Health Care Through Big Data. Strategies for leveraging big data in the health care industry. 2013. [Internet] Disponible en: http://c4fd63cb482ce6861463-bc6183f-1c18e748a49b87a25911a0555.r93.cf2.rackcdn.com/iHT2_BigData_2013.pdf
6. Boyd D, Crawford K. Critical questions for big data. *Information, Communication and Society* 2012; 15(5): 662-79.

7. Kayyali B, Knott D, Van Kuiken S. The big-data revolution in US health care: Accelerating value and innovation. 2013. [Internet] Disponible en: <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/the-big-data-revolution-in-us-health-care>
8. Mc Nulty E. Understanding Big Data: The Seven v's. 2014. [Internet] Disponible en: <http://dataconomy.com/2014/05/seven-vs-big-data/>
9. Ginsberg J, Mohebbi MH, Patel RS, Brammer L, Smolinski MS, Brilliant L. Detecting influenza epidemics using search engine query data. *Nature*, 2009; 457, 1012–4.
10. Ortiz JR, Zhou H, Shay DK, Neuzil KM, Fowlkes AL, Goss CH. Monitoring influenza activity in the United States: a comparison of traditional surveillance systems with Google Flu Trends. *PLoS ONE* 2011; 6: e18687
11. Davidson MW, Haim DA, Radin JM. Using Networks to Combine Big Data and Traditional Surveillance to Improve Influenza Predictions. *Scientific Reports*, 2015; 5: 8154.
12. Elragal A, Klischewski R. Theory-driven or process-driven prediction? Epistemological challenges of big data analytics. *J Big Data*, 2017; 4:19.
13. Zapata Cáceres S. Técnicas de Minería de Datos basadas en Aprendizaje automático. Extracción de conocimiento KDD. [Internet] Disponible en: <https://santiagozapatakdd.wordpress.com/2011/03/25/introduccion/>
14. Neesha Jothi N, Rashid NAA, Husain W. Data Mining in Healthcare. *Procedia Computer Science* 2015; 72: 306-13.
15. Fayyad U, Piatetsky-Shapiro G, Smyth P. The KDD process of extracting useful knowledge from volumes of data. *Commun ACM*, 1996; 39(11):27–34.
16. Esteva A, Kuprel B, Novoa RA, Ko J, Swetter SM, Blau HM, et al. Dermatologist-level classification of skin cancer with deep neural networks. *Nature*, 2017; 542: 115–8.
17. Castillo-Arenas E, Garrido V, Serrano-Ortega S. Skin conditions in primary care: an analysis of referral demand. *Actas Dermosifiliogr*, 2014; 105(3):271-5.
18. Tufail A, Rudisill C, Egan C, Kapetanakis VV, Salas-Vega S, Owen CG, et al. Automated diabetic retinopathy image assessment software: diagnostic accuracy and cost-effectiveness compared with human graders. *Ophthalmology*, 2017; 124: 343–51.
19. Toy BC, Myung DJ, He L, Pan CK, Chang RT, Polkinhorne A, et al. Smartphone-based dilated fundus photography and near visual acuity testing as inexpensive screening tools to detect referral warranted diabetic eye disease. *Retina*, 2016; 36(5):1000-8.
20. Sato Y, Takeuchi H, Hoshi K, Uramoto N, Satoh T, Inaoka N, et al. The Effectiveness of the Text Mining and Similar Document Search System for Evidence-Based Guideline Development. *Japan Association for medical Informatics*, 2004; 24 (2): 315-22.
21. Henriksson A, Kvista M, Dalianis H, Duneld M. Identifying adverse drug event information in clinical notes with distributional semantic representations of context. *Journal of Biomedical Informatics*, 2015; 57: 333-49.
22. Hauben M, Madigan D, Gerrits CM, Walsh L, Van Puijtenbroek EP. The role of data mining in pharmacovigilance. *Expert Opin Drug Saf*, 2005; 4(5):929-48.
23. Patorno E, Glynn RJ, Levin R, Lee MP, Huybrechts KF. Benzodiazepines and risk of all cause mortality in adults: cohort study. *BMJ*, 2017; 358: j2941.
24. Kessing LV, Gerds TA, Knudsen NN, Jørgensen LF, Kristiansen SM, Voutchkova D, et al. Association of Lithium in Drinking Water With the Incidence of Dementia. *JAMA Psychiatry*, 2017; 74(10):1005-10.
25. Monteith S, Glenn T, Geddes J, Bauer M. Big data are coming to psychiatry: a general introduction. *Int J Bipolar Disord*, 2015; 3:21.
26. Reece AG, Reagan AJ, Lix KLM, Sheridan Dodds P, Danforth CM, Langer EJ. Forecasting the onset and course of mental illness with Twitter data. *Scientific Reports*, 2017; 7: 13006.
27. Reece AG, Danforth CM. Instagram photos reveal predictive markers of depression. *Data Science*, 2017; 6:15.
28. Bedi G, Carrillo F, Cecchi GA, Fernández Slezak D, Sigman M, Mota NB, et al. Automated analysis of free speech predicts psychosis onset in high-risk youths. *Schizophrenia*, 2015; 1: 15030.
29. Whelan R, Watts R, Orr CA, Althoff RR, Artiges E, Banaschewski T, et al. Neuropsychosocial profiles of current and future adolescent alcohol misusers. *Nature*, 2014; 512(7513):185-9.
30. Cao B, Cho RY, Chen D, Xiu M, Wang L, Soares JC, Zhang XY. Treatment response prediction and individualized identification of first-episode drug-naïve schizophrenia using brain functional connectivity. *Mol Psychiatry*, 2018; doi: 10.1038/s41380-018-0106-5.
31. Huang LY, Sweeney JA, Hamm JP, Ethridge LE, Pearlson GD, Keshavan MS, et al. Data-Driven Approach Identified Functionally and Physiologically Distinct Psychosis Subtypes. *Schizophr Bull*, 2017; 43(Suppl 1): S232–33.
32. Brodersen KH, Deserno L, Schlagenhaut F, Lin Z, Penny WD, Buhmann JM, et al. Dissecting psychiatric spectrum disorders by generative embedding. *Neuro Image Clinical*, 2014; 4: 98–111.
33. Bollen J, Mao H, Zen X. Twitter mood predicts the stock market. *Journal of Computational Science*, 2011; 2 (1): 1-8.
34. Kitchin R. Big Data, new epistemologies and paradigm shifts. *Big Data & Society*, 2014; 1-12.
35. Anderson C. The end of theory: The data deluge makes the scientific method obsolete. 2008. [Internet] Disponible en: http://www.wired.com/science/discoveries/magazine/16-07/pb_theory
36. Han BC. *La Agonía del Eros*. Barcelona, Herder Editorial, 2014.
37. Leonelli S. Introduction: Making sense of data-driven research in the biological and biomedical sciences. *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* 2012; 43(1): 1-3.
38. Mayer-Schönberger V, Cukier K. *Big Data. A Revolution That Will Transform How We Live, Work and Think*. London, Murray, 2013.
39. Kitchin R. Big data and human geography: Opportunities, challenges and risks. *Dialogues in Human Geography*, 2013; 3(3): 262–67.
40. Varian HR. Beyond big data. *Bus Econ*, 2014; 49:27–31.
41. Colquitt J, Zapata-Phelan C. Trends in theory building and theory testing: a five-decade study of the Academy of Management Journal. *AcadManag Rev*, 2007; 50(6):1281–03
42. Shergill SS, Kanaan RA, Chitnis XA, O'Daly O, Jones DK, Frangou S, et al. A diffusion tensor imaging study of fasciculi in schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 2007;164(3):467-73

43. Katschnig H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. *World Psychiatry*, 2010; 9(1):21-8.
44. Insel TR, Quirion R. Psychiatry as a Clinical Neuroscience Discipline. *JAMA*, 2005; 294(17):2221-4.
45. Chekroud AM. Bigger Data, Harder Questions—Opportunities Throughout Mental Health Care. *JAMA Psychiatry*, 2017; 74(12): 1183-4.
46. Miotto R, Li L, Kidd BA, Dudley JT. Deep patient: an unsupervised representation to predict the future of patients from the electronic health records. *SciRep*, 2016; 6: 26094.
47. Stagnaro JC. La formación actual de especialistas en psiquiatría: un desafío epistemológico. *Vertex, Rev Arg de Psiquiatría*. 2013; XXIV: 206-14.

“Lo importante es no tomar sus textos como catecismos, sino como herramientas para pensar la locura y la psiquiatría”

Entrevista a Rafael Huertas

Norberto Conti

Daniel Matusevich



Rafael Huertas es Doctor en Medicina por la Universidad Complutense de Madrid, doctor honoris causa por la Universidad de Buenos Aires y profesor de investigación del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) de España. Ha sido director del Departamento de Historia de la Ciencia del Instituto de Historia del CSIC, integrante del Comité Ejecutivo de la European Association for the History of Psychiatry, presidente de la Sociedad Española de Historia de la Medicina y fundador y primer coordinador (junto a Juan Carlos Stagnaro) de la Red Iberoamericana de Historia de la Psiquiatría. Es autor, entre otras obras, de Historia Cultural de la Psiquiatría (Los libros de la Catarata, 2012), La locura (Los libros de la Catarata, 2014) y Otra historia para otra psiquiatría (Xoroi edicions, 2017).

Vertex: *¿Cuáles son los aportes que la epistemología ha hecho al desarrollo del conocimiento psiquiátrico?*

Rafael Huertas: Hace ya varios años, hacia finales de la década de los noventa, leí en un editorial del *Lancet* algo así como que “hasta que no se afronte la separación entre las aproximaciones neurocientíficas estrictas y las socio-culturales, el futuro de la psiquiatría no es biológico, sino sombrío”. Era una época en la que los debates entre concepciones esencialistas y no esencialistas de los trastornos mentales llenaron bastantes páginas de las revistas especializadas. Una discusión, en el fondo, epistemológica.

Desde una perspectiva *esencialista*, la enfermedad o el trastorno mental se entenderían como una entidad natural, como una realidad concreta y fragmentada que se *instala* en el individuo y que se correlaciona con variables somáticas (neurobiológicas) y permanentes. Las posiciones *no esencialistas*, por el contrario, entenderían el síntoma más allá de su realidad concreta y fragmentada (que puede tener o no un origen biológico), como una entidad cultural que se integra en la totalidad del individuo, teniendo en cuenta no solo el fenómeno en sí, sino su condición contextual variable que nos remite a símbolos y mitos, a valores y relaciones, a mentalida-

des individuales y colectivas, y a experiencias y subjetividades. Como puede verse, las diferencias no son menores ni intrascendentes.

Con frecuencia, les digo a mis alumnas y alumnos que lo contrario de la psiquiatría biológica, no es la psiquiatría dinámica, que en todo caso sería la psiquiatría geológica y, obviamente, esta no existe. Lo que quiero decir es que el ser humano es biología y es cultura y que no conviene caer en reduccionismos. Incluso si aceptamos modelos basados en lo biopsicosocial, nos vendría bien tener en cuenta que lo *bio*, además de biológico debe ser también biográfico, pues es imposible entender la subjetividad de alguien, con o sin sufrimiento psíquico, sin tener en cuenta lo experiencial y lo relacional.

Si entendemos epistemología como la rama de la filosofía que se ocupa del estudio de los principios, fundamentos, métodos, etc., del conocimiento; o, dicho de otro modo, de cómo se genera y se valida el conocimiento, es evidente que la misma (la epistemología) desempeña un papel fundamental a la hora de abordar cualquier teoría o doctrina científica. En el ámbito de la medicina, la reflexión puede ampliarse, además, a la práctica clínica porque una reflexión epistemológica en medicina permite averiguar cómo se llega a una teoría fisiopatológica, pero también, en cierto modo, a explicarnos por qué hacemos lo que hacemos a la cabecera del enfermo.

Sin embargo, con la psiquiatría se introducen algunas variantes. Lantéri-Laura nos explicaba hace años que la psiquiatría no es una ciencia, no porque se trate de una fantasía, sino porque constituye un conjunto articulado de datos semiológicos y clínicos,...; y German Berrios llegó a afirmar que la psiquiatría es un conjunto de lenguajes desarrollados por las sociedades para describir, explicar y, con frecuencia, manejar desviaciones o trastornos de la conducta que dependen fundamentalmente, pero no necesariamente, de una disfunción neurofisiológica o psicológica. Es decir, desde tradiciones académicas y culturales diferentes, pero de reconocida solvencia, se afirma que la psiquiatría no es una ciencia en sí misma, sino una práctica, un conocimiento predominantemente clínico, ilustrado a su vez por otros saberes y orientado hacia una *praxis*; una *praxis* terapéutica.

En este mismo sentido podemos decir que una cosa es el virtuosismo de la psicopatología descriptiva, en la que la sintomatología y la semiología permiten referir, representar y clasificar, y otra muy distinta que se pueda establecer con éxito una teoría causal de la locura que responda a los criterios y a las reglas de las ciencias biomédicas. En el fondo, las teorías psiquiátricas han carecido siempre de una base empírica suficientemente contrastada: las locuras hereditarias de los degeneracionistas, el defecto endógeno de la demencia precoz o los desequilibrios neuroquímicos tan argumentados en la actualidad, son explicaciones poco satisfactorias desde un punto de vista científico. La reflexión epistemológica nos enseña, entre otras cosas,

que la psiquiatría no es una ciencia, por más que sea una práctica, es una tecnología que necesite de saberes científicos para su desarrollo.

Yo diría que aceptar que la psiquiatría no es una ciencia, sin que esto vaya en demérito de la misma, supone un esfuerzo epistemológico tan importante como necesario. El reciente libro de Santiago Levín, *La psiquiatría en la encrucijada*, apunta en esta misma dirección. Presentar la psiquiatría como una ciencia no es una operación casual ni inocente, por un lado forma parte del discurso de las corrientes más biologicistas o más biomédicas, pero es también uno de los elementos centrales de la propaganda de la industria farmacéutica y biotecnológica. La ciencia (en general) cuando es rigurosa merece, como no podría ser de otra manera, todo nuestro respeto y reconocimiento, pero desde un pensamiento epistemológico riguroso debemos estar alerta ante la aparición de discursos científicos que carecen de fundamento pero que se repiten de manera acrítica. Lo científico se ha convertido, en la actualidad, en una categoría social de máxima aceptación y no cabe duda que la manipulación del discurso científico crea "verdades" que incrementan ventas y ganancias. Por eso, resulta cada vez más necesario desentrañar o, al menos, preguntarse por la maniobra ideológica que puede estar detrás de tanta argumentación "científica". La necesidad de confrontar el reduccionismo biomédico se convierte así, al menos en mi opinión, en una prioridad epistemológica.

Evidentemente, la contestación a la pregunta que se me formulaba sobre los aportes que la epistemología ha hecho a la psiquiatría quedará, como es lógico, incompleta. En todo caso, y para finalizar esta respuesta, una última reflexión: la epistemología también nos puede dar claves sobre un aspecto que me parece crucial en la práctica psiquiátrica, pero también en la médica o en la de la psicología clínica: la necesidad de tolerar la incertidumbre. Solo desde la convicción delirante o desde la plana estulticia puede alguien instalarse en un mundo de certezas. Dejar lugar a la incertidumbre, de manera consciente y como opción epistemológica, permite cuestionar la visión determinista, mecanicista, cuantitativa, formalista y lineal de ciertos saberes.

Vertex: ¿Qué autor o autores que se hayan ocupado de la relación psiquiatría-filosofía le parecen recomendables para los psiquiatras en formación?

R. H. Si entiendo bien el sentido de esta pregunta, yo empezaría por recomendar autores que siendo psiquiatras –y también filósofos e historiadores- han realizado aportaciones de utilidad para la clínica. Los dos primeros que voy a citar ya los he nombrado en la respuesta a la pregunta anterior. Uno de ellos es Georges Lantéri-Laura, en cuyo libro *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*, plantea las dificultades que los llamados paradigmas psiquiátricos han tenido para comportarse de manera similar a la propuesta por Thomas Kuhn. Me parece una lectura que ayuda a ubicar la psiquiatría en un ámbito que va más allá de la clínica

(el filosófico y el científico), pero que me parece importante precisamente para fundamentar la práctica clínica. También me parece muy útil la manera en que este autor explica cómo el conocimiento psiquiátrico transitó del concepto de alienación, al de enfermedades mentales y, de ahí, al de las estructuras psicopatológicas. Otras obras de Lanteri que pueden citarse también y que tienen un carácter epistemológico serían *Psiquiatría y conocimiento* y, desde un acercamiento más histórico, *La cronicidad en psiquiatría* o *Las Alucinaciones*. Son obras publicadas en los años noventa, pero me parece que mantienen toda su vigencia. La idea de la psiquiatría como un “existente histórico-lingüístico”, que marca el acento en la semiología y en la psicopatología, es propia del enfoque fenomenológico que caracteriza a este autor. Con todo, me parece que lo más interesante de su obra es que deja abierta una línea de pensamiento que debe tener en cuenta aspectos médicos, pero también el modo-de-estar-en-el mundo que manifiesta la locura.

Otro autor que me parece imprescindible es German Berrios. De entre su amplia producción, seleccionaré en esta ocasión *Hacia una nueva epistemología de la psiquiatría*. En esta obra, Berrios explica la naturaleza “híbrida” de los síntomas mentales, que estarían constituidos por una amalgama especial de señales biológicas y configuradores personales, familiares, sociales y culturales, y propone una nueva epistemología de la psiquiatría, que debe recurrir a métodos adicionales como la historia, la filosofía, la psicología social, la antropología, la lingüística y la hermenéutica. En definitiva, esta naturaleza híbrida del síntoma, pero también de la propia psiquiatría, obligaría a sus profesionales a ser competentes en ciencias biomédicas, pero también en ciencias humanas. Quizá convendría aquí añadir –ya que estamos hablando de relaciones entre psiquiatría y filosofía- que la manera de entender los conceptos psiquiátricos y su historia, por parte de Berrios, tiene mucho que ver con la filosofía analítica de John Austin y su teoría de los “actos del habla” -desarrollada más tarde por John Searle-; influencias filosóficas que le llevarán a definir los delirios como “actos de habla vacíos”.

Si, a partir de estos dos autores –psiquiatras clínicos además de filósofos-, aceptamos que un psiquiatra debe formarse también en ciencias humanas y sociales, el abanico de lecturas se puede abrir hasta el infinito. En todo caso, creo que no puedo dejar de recomendar a Foucault. Teniendo en cuenta su enorme influencia, una lectura crítica de su obra, me parece obligada para todo el que pretenda formarse en el ámbito *psi*. Independientemente del acuerdo o desacuerdo que sus planteamientos puedan suscitar, pienso que es un autor que hay que conocer pues introduce elementos epistemológicos (incluso a veces puede hacer pensar en la falta de un *episteme*) en torno a tres ejes: el poder, la construcción de la “verdad” y la subjetivación de la norma, que nos orientan hacia la consideración de la psiquiatría como una disciplina de poder, algo que debemos tener siempre presente también en nuestra práctica para evitar excesos

o para comprender determinadas categorías con las que habitualmente funcionamos.

Aunque no es filósofo ni psiquiatra, la lectura de *Internados* y de *Estigma*, del sociólogo Erving Goffman, me sigue pareciendo fundamental para un residente de primer año. Y finalmente, la obra del filósofo de la ciencia Ian Hacking que, inspirado precisamente en Foucault y en Goffman, plantea una serie de conceptos filosóficos (las clases interactivas, el efecto bucle, etc.) que le permiten teorizar sobre la elaboración cultural de la locura y sobre la capacidad que tienen los saberes expertos (la psiquiatría en el caso que nos ocupa) para “inventar personas”, para etiquetar y clasificar mediante etiquetas (diagnósticas) a los sujetos. Unos sujetos que pueden terminar aceptando o recreando su condición de diagnosticados. En suma, estos autores -sin duda podrían citarse otros- pueden dar claves epistemológicas no solo para comprender la génesis del saber psiquiátrico, sino las propias prácticas y la relación con las personas con sufrimiento psíquico. Aun así, me gustaría añadir, brevemente, la obra de Judith Butler, una filósofa post-estructuralista que influida por Foucault, pero también por el psicoanálisis freudiano y lacaniano, ha realizado aportaciones al feminismo, a la teoría *queer* y a la construcción social del género, el sexo y la sexualidad, a la identidad y a la subjetividad, que me parece que un psiquiatra debería conocer. Asimismo, y por citar un autor muy actual, el filósofo surcoreano Byung-Chul Han tiene textos, como *Psicopolítica* y otros, que marcan el acento en diversos aspectos de la condición humana en la actualidad: el consumismo y la manipulación del deseo, la autoexigencia convertida en autoexplotación, el miedo al fracaso, la intolerancia a la frustración, el individualismo narcisista de la sociedad actual, etc., ofrecen un escenario social y cultural en el que pueden aparecer trastornos mentales. Un escenario social, cultural y político en el que los y las profesionales ejercen su trabajo.

En fin, estos son los autores que se me ocurren, con seguridad habrá otros igualmente recomendables. Una cosa importante que no puedo dejar de añadir es la necesidad de leerlos de manera crítica, aprovechando sus enseñanzas, que me parece que son muchas, pero también discutiendo los aspectos que pueden suscitar desacuerdo. Lo importante es no tomar sus textos como catecismos –a veces se hace-, sino como herramientas para pensar la locura y la psiquiatría.

Vertex: ¿Cuál cree Ud. que debería ser el lugar de la epistemología en la formación de los residentes de psiquiatría?

R. H. Pues cómo bien puede suponerse, después de contestar la pregunta anterior, me parece que debe ocupar un lugar fundamental en la formación de los psiquiatras. Soy consciente de que los residentes tienen una carga de estudio y de trabajo clínico importante, que tienen que estudiar psicopatología -entre otras muchas cosas-, asistir a sesiones clínicas, hacer guardias, etc., pero en el marco de su programa de formación me parece fundamental el abordaje de los aspectos episte-

mológicos de su propia práctica.

El paulatino proceso de medicalización del sufrimiento psíquico ha ido despojando a la psiquiatría -y a la locura- de su componente filosófico. Un componente que ha estado presente desde el propio origen de la reflexión sobre la locura (el concepto platónico de las "enfermedades del alma" o la melancolía aristotélica, por ejemplo), pero también desde el nacimiento de la psiquiatría (o del alienismo si se prefiere). Es sabido que el proyecto médico-filosófico inspirado por la *Idéologie* y desarrollado mediante la aplicación del sensualismo de Condillac fue fundamental en la renovación de la medicina en el tránsito del siglo XVIII al XIX. La propia obra de Pinel está repleta de alusiones filosóficas: así su *Nosografía filosófica* o su *Tratado médico-filosófico de la manía*, etc., sin contar con que Pinel se sitúa entre Kant y Hegel, o que si reflexionamos sobre el malestar subjetivo y sobre la participación del loco en el drama que lo aliena (su responsabilidad subjetiva) podría encontrarse un nexo, una articulación, creo que bastante clara, entre el Cicerón de las *Conversaciones en Túsculo*, Pinel y Freud.

Pero podemos citar ejemplos mucho más recientes: la discutida utilización de la fenomenología de Husserl por parte de Jaspers; la adopción que Binswanger hace de la obra de Heidegger en el marco de su psiquiatría analítico-existencial; la reformulación estructuralista del psicoanálisis llevada a cabo por Lacan, con incorporación de elementos de la lingüística de Saussure y de la antropología de Lévi-Straus; o incluso la influencia reconocida de la obra de Sartre en los planteamientos (anti) psiquiátricos de Laing y Cooper.

Son solo algunos ejemplos - podrían encontrarse muchos más- del papel fundamental que la filosofía ha tenido, y creo que debe seguir teniendo en la manera de pensar la locura y la psiquiatría. Lo contrario supone un empobrecimiento (epistemológico) de su práctica en aras de una clínica supuestamente eficaz que permite establecer ejes y categorías para formular diagnósticos que las aseguradoras puedan computar. Probablemente hay que aprender a manejar los manuales diagnósticos al uso porque generan el lenguaje que se exigirá en algunos ámbitos de actuación, como el de los peritajes legales por ejemplo, pero me parece evidente que para obtener una buena formación en psiquiatría es absolutamente necesario "abrir" la cabeza y aprender a "pensar" la psicopatología más allá del manual diagnóstico, y a tener en cuenta y apreciar el trabajo subjetivo (muchas veces de autorreparación) de los pacientes. Creo sinceramente que esto no es posible si la formación se organiza solo y exclusivamente desde una perspectiva médica, necesaria pero no suficiente en el aprendizaje de un residente de psiquiatría.

Vertex: ¿En su opinión, qué incidencia tiene el dualismo filosófico en las teorías psiquiátricas?

R. H. Hasta finales del siglo XVIII resultaba poco menos que imposible referirse a la "enfermedad mental" en sentido estricto. La noción de "mente enferma" no era contemplada ni por médicos ni por filósofos, pues

la locura, en cualquiera de sus formas, era siempre asimilada a una enfermedad corporal, en la que el alma permanecía intacta e inmortal. El problema de la mente enferma solo empezará a aparecer en el lenguaje médico cuando pueda involucrarse con el dualismo cartesiano y la relación mente-cuerpo. Es solo en este momento, en el último tercio del siglo XVIII y durante el XIX, cuando asistimos a la transformación del concepto de locura y a su medicalización.

Sin embargo, en la actualidad, y sobre todo tras la crítica, a mediados del siglo XX, de Gilbert Ryle a Descartes y a lo que llamó "el dogma del fantasma en la máquina", la cuestión de cómo se relaciona el cuerpo (o el órgano cerebral) con la mente ha estado sujeto a una revisión continua. En todo caso, yo diría que a partir de la influyente obra de Ryle, la mayor parte de la filosofía y de las llamadas ciencias de la mente han adoptado una posición materialista y monista en el nivel ontológico (cerebro y mente se aplican a una única sustancia). Esta posición fisicalista en lo ontológico desplaza el problema al nivel epistemológico. La cuestión mente-cerebro, por lo tanto, parece reducirse hoy en día a cómo se puede aprehender científicamente lo mental y al valor de la noción de estado mental.

Evidentemente no hay ninguna evidencia científica de que existe una sustancia inmaterial, ni una propuesta científica que pueda explicar cómo esa supuesta sustancia podría interactuar con el cerebro. En definitiva, no existe una metodología o una teoría dualista del problema mente-cuerpo que, en un nivel ontológico (de existencia real) pueda ser compatible con la visión comúnmente aceptada del mundo, al menos en la cultura occidental.

Ahora bien, como decía antes, somos biología y somos cultura; somos naturaleza y somos entes sociales, y tanto en la clínica como en el discurso *psi* se identifican constantemente importantes diferencias que están inspiradas en un claro dualismo: cuerpo y alma; cerebro y mente; materia y pensamiento; neurotransmisor y significante; representan modelos antitéticos desde los que tradicionalmente se han elaborado los acercamientos a "lo mental". Probablemente, la psiquiatría debería ir evolucionando desde una batalla de paradigmas hacia posiciones más maduras -si se me permite la expresión-, y con capacidad crítica, que eviten reduccionismos y determinismos y que acepten la complejidad y el pluralismo explicativo... y sobre todo, que tengan como prioridad absoluta a la persona con sufrimiento psíquico, su cuidado y acompañamiento.

Vertex: ¿Cree Ud. que el concepto de biopolítica, como se ha desarrollado en la filosofía política de los últimos años, puede ser un aporte a la reflexión en psiquiatría?

R. H. La biopolítica, tal como la entendió Foucault, es el punto de partida de una reflexión filosófica e histórica que pretende analizar los mecanismos de poder, control y administración de la vida humana implementados por el Estado moderno. La medicina, y la psiquia-

tría, desempeñarían un papel fundamental en este proceso. En los últimos años el concepto de biopolítica ha sido retomado por algunos autores que lo han utilizado como engranaje y, digamos, como motor conceptual de sus propuestas filosófico-políticas y entre los que destacan, por ejemplo, Giorgio Agamben y Roberto Espósito. Mientras para el primero, el poder político y la vida difieren, y hasta se oponen, de tal manera que el propósito del poder político es subyugar la vida y, por tanto, dicho poder político tendría la capacidad de violentar la vida hasta quebrantarla, manipularla o aniquilarla (tanatopolítica); para el segundo la vida tiene el doble poder de protegerse o de aniquilarse, y son los mismos mecanismos que usa para protegerse, los que muchas veces pueden excederse y ser usados para su propia autoaniquilación. Se trata de desarrollos post-foucaultianos que pueden, aunque sea a veces de manera indirecta, dar claves para nuevas reflexiones sobre la psiquiatría y el

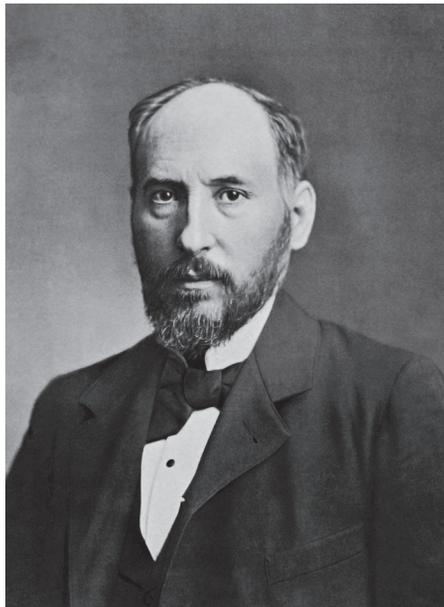
poder psiquiátrico. Nuevos análisis sobre el papel de la medicina mental en las nuevas estrategias de regulación social desarrolladas en sociedades autoritarias (albergadas o no en regímenes democráticos), y nuevas discusiones en torno a viejos problemas: peligrosidad social, tratamiento involuntario, cosificación y estigma...pero también identificación de nuevos escenarios y nuevas herramientas: salud mental colectiva, activismo en salud mental, etc., que nos conducen a valorar resistencia y alternativas, a politizar el sufrimiento psíquico y a entender las llamadas enfermedades mentales como construcciones discursivas revisables y sujetas a cambios sociales y culturales. Una visión no positivista y no esencialista en la que el sujeto (mediatizado por el lenguaje) prima sobre la "enfermedad", en la que se presta la máxima atención a la subjetividad de la persona y en la que el *pathos* y el *ethos* se conjugan en el núcleo mismo del pensamiento psicopatológico. ■

el rescate y la memoria



Santiago Ramón y Cajal. El nacimiento de la neurociencia en lengua castellana

Norberto Aldo Conti



Santiago Ramón y Cajal nació en Petilla de Aragón, el 1 de mayo de 1852 y falleció en Madrid el 17 de octubre de 1934. Hijo de Antonia Cajal y Justo Ramón Casasús, su padre era médico cirujano y la familia se afincó en Zaragoza en donde Santiago realizó sus estudios universitarios licenciándose en medicina en 1873 a los veintiún años de edad. Inmediatamente después fue enrolado en el servicio militar obligatorio y luego, en 1874, habiendo ganado por concurso una plaza como médico

militar, fue alistado en la guerra de Cuba (1873-1875). Regresó de Cuba en junio de 1875 luego de ser diagnosticado como “caquexia palúdica grave”.

Ese mismo año, ya recuperado, inició su doctorado y, con el dinero obtenido en su periplo militar, se compró un microscopio, un micrótopo y otros elementos para iniciarse en la investigación científica. Se doctoró en junio de 1877 con una tesis sobre “Patogenia de la inflamación” tenía, a la sazón, veinticinco años.

Durante 1878 nuevamente estuvo muy enfermo de tuberculosis, pero en 1879 fue contratado como Director de Museos Anatómicos en Zaragoza y en julio de ese año se casó con Silveria Fañanás García con quien tuvo siete hijos y convivió durante cincuenta y un años.

En 1882 se trasladó a Valencia luego de ganar por concurso la Cátedra de Anatomía Descriptiva de la Facultad de Medicina, en esta ciudad pudo estudiar la epidemia de cólera que la asoló durante 1885.

En 1887 se estableció en Barcelona adonde obtuvo la Cátedra de Histología recién creada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, en ese cargo, durante 1888, realizó sus más importantes investigaciones y descubrimientos acerca de la morfología y los procesos conectivos de las células nerviosas del sistema nervioso central, en efecto, en mayo publicó en la Revista Trimestral de Histología Normal y Patológica su descubrimiento de que el tejido nervioso no tiene conexiones continuas, como lo afirmaban las investigaciones del italiano Camilo Golgi, sino que está formado por unidades discretas: las neuronas.

Estas mismas conclusiones, con su fundamentación empírica, fueron presentadas en el Congreso de la Sociedad Anatómica Alemana, celebrado en Berlín en 1889, y a partir de entonces su revolucionario descubrimiento fue reconocido y aceptado por la comunidad científica internacional con el nombre de “doctrina de la neurona”.

Santiago Ramón y Cajal (1852-1934)

En 1892 ganó la Cátedra de Histología e Histoquímica Normal y Anatomía Patológica de la Universidad Central de Madrid, desde entonces y hasta su muerte se estableció en Madrid. Dado el renombre internacional de sus descubrimientos consiguió que el gobierno creara, en 1901, el Laboratorio de Investigaciones Biológicas adonde trabajó hasta su jubilación en 1922. En esa época, entre 1897 y 1904, publicó su obra más trascendente: *Histología del sistema nervioso del hombre y de los vertebrados*.

El impacto de su presentación en Berlín le abrió el camino a un enorme reconocimiento científico internacional, casi asombroso para ese entonces dado que provenía de España, un lugar totalmente apartado de los centros científicos relevantes de Europa.

De ese reconocimiento dieron testimonio las distinciones y doctorados que recibió: el Premio Fauvelle (18 de abril de 1896), concedido por la Société de Biologie de París; Premio Rubio (1897), concedido por la Real Academia de Madrid por su *Manual de Histología*, la Gran Cruz de Alfonso XII (20 de junio de 1900) y la Gran Cruz de Isabel la Católica (28 de febrero de 1901), el Premio Martínez y Molina (25 de enero de 1902), concedido junto a su hermano Pedro por el trabajo *Centros sensoriales en el hombre y animales*, la Gran Cruz de la Legión de

Honor francesa con el grado de Comendador (1914), la Cruz de la orden imperial alemana «por el mérito» (1915), la Medalla Echegaray, concedida por la Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales (7 de mayo de 1922) y la Medalla Plus Ultra (abril de 1926).

Pero el premio que le dio a Ramón y Cajal una trascendencia única en el marco de la ciencia española fue el Premio Nobel de Fisiología y Medicina otorgado en 1906, compartido con Camilo Golgi.

Cajal se transformó en el motor de la ciencia de la península y con su trabajo institucional, como primer presidente de la Junta para ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas (JAE), pudo imprimirle un gran impulso renovador. Fue la época que se recuerda como la *Edad de Plata* de la ciencia en España, que duró hasta la guerra civil.

El fragmento de texto que presentamos a continuación, constituye una bellísima iniciación a la investigación científica accesible a noveles investigadores y al público en general, está escrito con sencillez y en él trasunta el espíritu de lo que la investigación era en el pensamiento de Cajal. El libro que contiene dicho pasaje está escrito sobre la base a la conferencia que el autor dictó el 5 de diciembre de 1897 en ocasión de su ingreso a la Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales de Madrid.

La primera edición fue de ese año 1897 y se tituló *Fundamentos racionales y condiciones técnicas de la investigación biológica*, la segunda edición, aparecida en 1899, pasó a llamarse *Reglas y consejos para la investigación biológica* y en ella apareció el subtítulo: *Los tónicos de la voluntad*, que es el nombre con el que se ha hecho famosa tanto en su traducción a las principales lenguas europeas como al japonés, en sucesivas reediciones hasta nuestros días. ■

REGLAS Y CONSEJOS PARA LA INVESTIGACIÓN BIOLÓGICA

Los tónicos de la voluntad (Fragmento)

Capítulo VII. Marcha de la investigación científica

Siguiendo a los tratadistas de lógica, y singularmente a E. Naville, consideramos en toda investigación científica tres operaciones sucesivas, a saber: observación y experimentación, suposición o hipótesis y comprobación. En algún caso, la indagación misma tiene como precedente, no la observación personal, sino un acto de crítica, una repugnancia sentida a priori por nuestro espíritu respecto de ciertas doctrinas más o menos generalmente admitidas, pero hay que convenir en que semejante desacuerdo supone a menudo algún estudio objetivo personal, siquiera sea ligero, sobre el tema o sobre materias afines del problema a resolver.

a) *Observación*

El consejo dado por los preceptistas literarios, y sobre el cual ha disertado muy atinada e ingeniosamente Pérez de Ayala, «ver las cosas por primera vez», es decir, readmirarlas, descartando reminiscencias librescas, descripciones postizas y frases y tópicos comunes, tiene en la investigación científica muy señalada aplicación. Hay que limpiar la mente de prejuicios y de imágenes ajenas, hacer el firme propósito de ver y juzgar por nosotros mismos, como si el objeto hubiera sido creado expresamente para regalo y deleite de nuestro intelecto. Es preciso, en fin, renovar en lo posible aquel estado de espíritu —mezcla de sorpresa, emoción y vivísima curiosidad— por que atravesó el sabio afortunado que descubrió el hecho considerado por nosotros o que planteó primeramente el problema.

Y eso se enlaza íntimamente con otra regla encarecida insistentemente por los maestros de la investigación científica. No basta examinar, hay que contemplar: impregnemos de emoción y simpatía las cosas observadas, hagámoslas nuestras, tanto por el corazón como por la inteligencia. Sólo así nos entregarán su secreto.

Porque el entusiasmo acrecienta y afina nuestra capacidad perceptiva. Al modo del amante que sabe descubrir diariamente en su adorada nuevas perfecciones,

quien contempla con delectación un objeto acaba por discernir en él detalles interesantes y propiedades peregrinas escapadas a la atención distraída de los trabajadores rutinarios.

Descendiendo ahora a más concreto terreno, formularemos algunas reglas indispensables a la buena observación en materias biológicas.

Debe realizarse en las mejores condiciones posibles, aprovechando al efecto los instrumentos analíticos más perfectos y los métodos de estudio merecedores de más confianza. A ser posible, aplicaremos varios métodos al mismo tema, y corregiremos las deficiencias de los unos con las revelaciones de los otros.

Escojamos la técnica más exacta, la que dé imágenes más claras y concluyentes.

Importa, asimismo, evitar toda ligereza en la apreciación de los hechos, reproduciéndolos de mil maneras hasta cerciorarnos de su absoluta constancia y de no haber sido víctimas de alguna de esas falaces apariencias que extravían (particularmente en los estudios micrográficos) a los jóvenes exploradores.

Si nuestro estudio versa sobre un objeto de Anatomía, Historia Natu incomprensibles sin el dibujo. Razón tenía el gran Cuvier cuando afirmaba que «sin el arte del diseño la Historia Natural y la Anatomía hubieran sido imposibles». Por algo todos los grandes observadores son habilísimos dibujantes.

Cuando, a pesar de haber aplicado la técnica apropiada, la presentación del objeto no salga enteramente a nuestro gusto, hay que reproducirla cuantas veces sea preciso para obtener del método el máximo rendimiento. Será de gran provecho, al efecto, tener a la vista, para confrontarla con las nuestras, alguna preparación excelente ejecutada por el autor del método o por alguno de sus discípulos esotéricos. Tendremos presente que el hecho nuevo lo descubre, no el que lo ve primeramente, sino quien, merced a una técnica habilísima, supo mostrarlo con entera evidencia, logrando llevar la convicción al ánimo de todos. Como dejamos dicho más atrás, en las ciencias biológicas casi todos los grandes sabios

han debido sus conquistas al dominio absoluto de uno o varios métodos de demostración o experimentación.

b) Experimentación

En muchas ciencias (la Fisiología, la Patología, la Física, la Química, etc.) la experimentación sobrepuja en importancia a la observación misma. Imposible descubrir en Física o Fisiología sin imaginar un experimento original, sin someter el fenómeno estudiado a condiciones más o menos nuevas. La Morfología misma (Histología, Anatomía, Embriología, etc.), para cuyo estudio parece bastar la mera observación, adquiere de día en día carácter más experimental. Y a tal cambio de rumbo débense valiosas conquistas, a las cuales jamás se hubiera llegado por el trillado camino del análisis anatómico de las formas estáticas. Entre mil ejemplos que pudiéramos citar, recordemos: la producción de partenogénesis artificial en la estrella del mar (animal sexuado), mediante la sustitución de la fecundación natural (acción del zoospermo) por el influjo del agua de mar cargada de cloruro de magnesio; los interesantes experimentos de merogonia (destrucción de las primeras esferas de segmentación del óvulo fecundado), ejecutados en batracios por Roux, Hertwig, Wilson, etc., demostrativos de que cada célula primitiva posee capacidad de generar un embrión entero, de donde resultaron definitivamente arruinadas las hipótesis embriogénicas de la preexistencia y del mosaico; los trabajos de Nageotte, Marinesco, etc., acerca de la transplatación de los nervios y ganglios, probando que la morfología de la célula nerviosa representa simple función del ambiente químico; los maravillosos resultados obtenidos por Harrison,

Carrel y su escuela (Instituto Rockefeller) sobre el cultivo artificial, en serie e in vitro, de las células de los tejidos normales y patológicos; los interesantes experimentos de H. de Vries y de muchos modernos naturalistas acerca de la mutación de las especies y del mecanismo de la herencia, etc.

Tan admirables éxitos deben alentarnos a completar en lo posible el estudio meramente estático de las formas por la intervención del método experimental. De esta suerte provocamos alteraciones violentas en las condiciones biológicas normales de células y organismos. Simplifícase de este modo el proceso lógico de la determinación causal y del mecanismo físico-químico del fenómeno estudiado. Sin duda que en la observación misma se dan ya, en ocasiones, mudanzas de las condiciones fenomenales, pero semejantes mutaciones, debidas a causas naturales, son raras y episódicas, al paso que, mediante la experimentación, abrévianse los plazos y nos hacemos dueños, tanto del determinismo natural como de las causas de variación.

c) Hipótesis directriz

Observados los hechos, es preciso fijar su significación, así como las relaciones que encadenan la nueva verdad, al conjunto de los postulados de la Ciencia. En presencia de un fenómeno insólito, el primer movimiento del ánimo es imaginar una hipótesis que dé razón y que subordine a alguna de las leyes conocidas. La experien-

cia fallará después definitivamente sobre la verosimilitud de la concepción.

Meditando sobre el carácter de las buenas hipótesis, se cae en la cuenta de que, en su mayor parte, representan generalizaciones felices o inducciones arriesgadas, en cuya virtud el hecho recién descubierto se considera provisoriamente como caso particular de un principio general o como un defecto desconocido de una causa conocida. Por ejemplo: el transformismo, tan fecundo en las ciencias biológicas, representa exclusivamente una generalización a todos los seres de la ley de herencia, sólo positivamente demostrada en la historia de cada especie. Cuando Lavoisier creó la teoría del calor animal, redujo el fenómeno respiratorio de los animales, desconocido antes en su esencia, a la ley general de la producción del calor por la oxidación del carbono, etc.

Para la creación de la hipótesis tendremos en cuenta las reglas siguientes: 1) que la hipótesis sea obligatoria, es decir, que sin ella no quede arbitrio para explicar los fenómenos; 2) que sea, además, contrastable o comprobable, o por lo menos que pueda concebirse, para un plazo más o menos remoto, su comprobabilidad, pues las hipótesis que se sustraen por completo a la piedra de toque de la observación o de la experimentación dejan en realidad los problemas sin esclarecer y no pueden representar otra cosa que síntesis artificiales coordinadoras, pero no explicativas, de los hechos, cuando no meras explicaciones verbales; 3) que sea fácilmente imaginable, es decir, traducible en lenguaje físico-químico, y si es posible, como quería lord Kelvin, en puro mecanismo (las hipótesis oscuras o demasiado abstractas corren riesgo de constituir vacías explicaciones verbales); 4) que, huyendo de propiedades ocultas y de esencias metafísicas, propenda a resolver las cuestiones de calidad en problemas de cantidad; 5.a, y que sugiera, a ser posible, también investigaciones y controversias que, si no zanján la cuestión, nos aproximen al menos al buen camino, promoviendo nuevas y más felices concepciones (hipótesis de trabajo, de Weismann). Aun siendo errónea, una hipótesis puede servir eficazmente al progreso con tal que esté basada en nuevas observaciones y marque una dirección original al pensamiento científico. Y en todo caso, la explicación rechazada por falsa siempre tendrá una ventaja: la de restringir, por exclusión, el campo de lo imaginable, eliminando soluciones inaceptables y causas de error. Con razón dice Le Bon «que quien rehúsa escoger la hipótesis por guía debe resignarse a tomar el azar por maestro». Muchos sabios ilustres, y singularmente el gran físico Tyndall, han insistido elocuentemente sobre la importancia de las hipótesis en la Ciencia, y acerca del importante papel desempeñado por la imaginación en la creación de buenas y fecundas teorías. De acuerdo, por nuestra parte, creemos que si la hipótesis es un arma de que se abusa demasiado, es también un instrumento lógico, sin el cual ni la observación misma, con ser de suyo tan pasiva, puede realizarse. Buena o mala, una conjetura, un intento de explicación cualquiera, será siempre nuestro guía, pues nadie busca sin plan.

Aun los llamados hallazgos casuales se deben comúnmente a alguna idea directriz que la experiencia no san-

cionó, pero que tuvo virtud, no obstante, para llevarnos a un terreno poco o nada explorado. Si se me perdona lo vulgar del símil, diría que en estas materias sucede lo que con las personas conocidas, que aparecen en la calle entre la multitud de transeúntes en el preciso instante en que pensamos en ellas, por la razón bien sencilla de que, cuando en ellas no pensamos, pasan cerca de nosotros sin percatarnos de su presencia. Impulsados por la hipótesis, acaso ocurrirá sorprender en los hechos diversa cosa que lo buscado, pero mejor es esto que no encontrar nada, que es justamente lo que le sucede al mero e imposible contemplador de los fenómenos naturales. Como dice Peisse, «el ojo no ve en las cosas más que lo que está en el espíritu».

Inútil será recordar que todos los grandes investigadores han sido fecundos creadores de hipótesis. Con profundo sentido se ha dicho que ellas son el primer balbuceo de la razón en medio de las tinieblas de lo desconocido, la sonda tendida en el misterioso abismo, el puente, en fin, aéreo y audaz que junta la playa familiar con el inexplorado continente.

De las hipótesis se ha abusado mucho. Es fuerza, sin embargo, reconocer que sin ellas nuestro caudal de hechos positivos resultaría harto mezquino, acrecentándose muy lentamente. Las hipótesis y el dato objetivo están ligados por estrecha relación etiológica. Aparte su valor conceptual o explicativo, entraña la teoría valor instrumental. «El científico no debe olvidar, afirma Huxley, que la hipótesis debe considerarse como un medio, jamás como un fin». Observar sin pensar es tan peligroso como pensar sin observar. Ella es nuestra mejor herramienta intelectual, herramienta, como todas, susceptible de mellarse y de enmohecerse, necesitada de continuas reparaciones y sustituciones, pero sin la cual fuera casi imposible labrar honda brecha en el duro bloque de lo real. Difícil es dictar reglas para imaginar hipótesis. Quien no posea cierta intuición del encadenamiento causal, instinto adivinatorio para columbrar la idea en el hecho y la ley en el fenómeno, pocas veces dará, cualquiera que sea su talento de observador, con una explicación razonable. Cabe, empero, señalar, por lo que toca a las hipótesis biológicas, algunos conceptos o normas generales, cuyo recuerdo podrá ser provechoso a la hora de imaginar hipótesis explicativas.

He aquí algunas de ellas:

1. *La Naturaleza emplea los mismos medios para iguales fines.* En virtud de este principio, que tiene pocas excepciones, nos será dado en muchos casos reducir una disposición desconocida en otra conocida. Por ejemplo: cuando la mitosis o kariokinesis fue descubierta en las gruesas células de las larvas de trífón y salamandra, pudo racionalmente esperarse hallar parecidos fenómenos en la división celular del hombre y vertebrados superiores, así en estado normal como en condiciones patológicas, y, en efecto, la experiencia confirmó la previsión.

Citemos otro ejemplo: esclarecida en los vertebrados, gracias a las investigaciones de Kühne, Krause, Ranvier, etc., la terminación libre, mediante arborizaciones varicosas, de las fibras nerviosas motrices y sensitivas, podía preverse, en virtud de la ley, que el hecho se repetiría en

los centros nerviosos, no sólo de los vertebrados, sino de los invertebrados. Y esta sospecha racional vino a ser luego plenamente confirmada por nosotros, por Koelliker, Lenhossék, van Gehuchten, etc., para los vertebrados, y por Retzius, Lenhossék y otros, para los invertebrados. Inútil multiplicar los ejemplos.

2. *Estudio del hecho en sus formas sencillas.* Puesto que la ontogenia y la filogenia representan dos series casi paralelas de formas que van de lo sencillo a lo complicado, nada mejor podemos hacer, para esclarecer la estructura de un órgano complejo y casi inabordable en los vertebrados superiores, que estudiar éste en sus formas simples, ora del desarrollo individual, ora de las especies.

Método excelente es, para determinar la significación de una cosa, averiguar cómo llega a ser lo que es, porque al señalar el lugar que ocupa en la cadena evolutiva, esclarecemos, sin pensarlo, su valor anatómico y fisiológico.

3. *Toda disposición natural, por caprichosa que parezca, obedece a un fin utilitario.* Abstracción hecha de los órganos atroficos, este principio teleológico es aplicable a todas las particularidades de estructura de animales y plantas. Al enunciar esta ley, no pretendemos, como supusieron Linneo, Cuvier y Agassiz, que cada órgano represente una encarnación directa del Principio creador, pretendemos tan sólo consignar que, sea cualquiera la causa, todo órgano conservado por la Naturaleza, es decir, fijado durante miles de años por la herencia, representa casi siempre disposición útil al individuo o a la especie, ya que las organizaciones superfluas o desfavorables provocadas por variación, y otras condiciones, acaban por ser eliminadas. En armonía con este principio, atribuiremos una función importante a cuantos órganos o tejidos se mantienen tenazmente en la serie animal, y una actividad menos urgente, por lo menos para la vida del individuo, a aquellos otros exigüamente representados en la escala zoológica. De este postulado usa y abusa continuamente el fisiólogo al tratar de interpretar el dinamismo de órganos como los de la circulación, digestión y locomoción: dinamismo en el cual tanta luz arroja nuestro conocimiento de la Física y de la Química, o, como decía Letamendi, el estado actual de nuestros conocimientos industriales.

Hay excepciones, sin duda, del citado principio utilitario, mas éstas son pocas y fácilmente explicables por el hecho de la adaptación reciente, y por tal incompleta, a condiciones nuevas (órganos atroficos por desuso, etc.). Sobre estas incongruencias biológicas, más comunes todavía en el hombre que en los animales, consecuencias del principio de Lamarck del uso o desuso de los órganos, discurre ingeniosamente Metchnikoff en sus Estudios sobre la naturaleza humana.

La hipótesis aplícase siempre, según es sabido, a explicar los hechos adquiridos.

Sin entrar en el arduo problema filosófico de la explicación científica (esto implicaría desarrollos impropios de este librito), haremos notar que el entendimiento, al considerar los fenómenos naturales, puede adoptar una de estas dos actitudes, ambas satisfactorias para nuestra necesidad de certeza:

1ª) El hecho nuevo es referido a una ley conocida (explicación legalista de Meyerson).

2ª) El hecho nuevo, además de su legalidad, es decir, de su vinculación a una ley general, resuélvese también ante la razón en puro mecanismo, y entra dócilmente en las ecuaciones de la dinámica. Esta segunda manera de explicación representa para Maxwell y para la mayoría de los físico-filósofos modernos un grado superior de comprensión científica, y requiere el empleo de teorías generales jerárquicamente superiores a las leyes empíricas.

Fuerza es confesar que nuestro entendimiento exige imperiosamente teorías concebibles, representables en términos mecánicos. Lo que se resiste a la representación material corre mucho riesgo de ser un mero juego de la imaginación sin realidad objetiva. La razón psicológica de tal necesidad se nos escapa aún. Acaso dependa de que, como diría Bergson, modelados nuestros conceptos sobre lo discontinuo de la sensación, la imaginación sólo sabe forjar, como representación última de las cosas, algo semejante al dato sensorial mismo, es decir, variaciones en el movimiento de partes discontinuas, perturbaciones en la configuración y dinamismo de sistemas materiales.

En Física, en Química, en Astronomía, las explicaciones hipotéticas por reducción mecánica son comunísimas, y el investigador debe inspirarse en ellas para dar forma plástica a sus ideas y llevar adelante sus especulaciones; en Anatomía, Biología, Patología, etc., habremos de contentarnos casi siempre con hipótesis legalistas, las cuales, si no dejan plenamente saciado nuestro afán de compensación, son suficientes para satisfacer estos dos grandes anhelos de la razón: actuar y prever.

Comprobación: Imaginada la hipótesis, menester es someterla a la sanción de la experiencia, para lo cual escogeremos experimentos u observaciones precisas, completas y concluyentes. Imaginar buenos experimentos es uno de los atributos característicos del ingenio superior, el cual halla manera de resolver de una vez cuestiones que los sabios mediocres sólo logran esclarecer a fuerza de largos y fatigosos experimentos.

Si la hipótesis no se conforma con los hechos hay que rechazarla sin piedad, e imaginar otra explicación exenta de reproche. Impongámonos severa autocrítica, basada en la desconfianza de nosotros mismos. Durante el proceso de comprobación, pondremos la misma diligencia en buscar los hechos contrarios a nuestra hipótesis que los que puedan favorecerla. Evitemos encariñamientos excesivos con las propias ideas, que deben hallar en nosotros, no un abogado, sino un fiscal. El tumor, aunque propio, debe ser extirpado. Harto mejor es rectificar nosotros que sufrir la corrección de los demás. Por nuestra parte, no sentimos la menor mortificación al abandonar nuestras ideas, porque creemos que caer y levantarse sólo revela pujanza, mientras que caer y esperar una mano compasiva que nos levante, acusa debilidad.

Confesaremos, sin embargo, los propios dislates siempre que alguien nos lo demuestre, con lo cual obraremos como buenos; probando que sólo nos anima el amor a la verdad, granjearemos superior consideración y estima para nuestras opiniones.

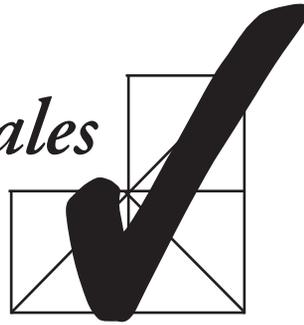
El amor propio y la soberbia nos arrebatan el placer soberano de sentirnos escultores de nosotros mismos, la fruición incomparable de habernos corregido y superado, refinado y perfeccionado nuestra máquina cerebral, legado de la herencia. Si alguna vez es disculpable el engeimamiento es cuando la voluntad nos automodela o recrea, actuando, por decirlo así, en función de demiurgo soberano.

Si nuestro orgullo opone algunos reparos, tengamos en cuenta que, mal que nos pese, todos nuestros artificios serán impotentes para retardar el triunfo de la verdad, que se consumará, por lo común, en vida nuestra, y será tanto más lamentable cuanto más enérgica haya sido la protesta del amor propio. No faltará, sin duda, algún espíritu displicente, y acaso malintencionado, que nos eche encara nuestra inconsecuencia, despechado sin duda porque nuestra espontánea rectificación le privó de fácil victoria obtenida a costa nuestra, mas a éstos les contestaremos que el deber del hombre de ciencia no es petrificarse en el error, sino adaptarse continuamente al nuevo medio científico, que el vigor cerebral está en moverse, no en anquilosarse, y que en la vida intelectual del hombre, como en la de las especies zoológicas, lo malo no es la mudanza, sino la regresión y el atavismo. Variación supone vigor, plasticidad, juventud; fijeza es sinónimo de reposo, de pereza cerebral, de petrificación de pensamiento, en fin, de inercia mental, nuncio seguro de decrepitud y de muerte. Con sinceridad simpática ha dicho un científico: «Varío porque estudio». Todavía sería más noble y modesto declarar: «Cambio porque estudian los demás y tengo a gala renovarme».

Cuando el trabajo de confirmación arroje poca luz, imaginemos nuevos experimentos y procuremos colocarnos en las mejores condiciones para valuar el alcance de la hipótesis. En Anatomía o Fisiología, por ejemplo, ocurre frecuentemente la imposibilidad de esclarecer la estructura o la función de un órgano complejo, lo cual depende de que atacamos el problema por su lado más difícil, pretendiendo resolverlo en el hombre o en los vertebrados superiores. Mas si acudimos a los embriones o a los animales inferiores, la Naturaleza se nos muestra más ingenua y menos esquiva, ofreciéndonos el plan casi esquemático de la estructura y dinamismo buscados, con lo que a menudo nuestra hipótesis recibirá inesperada y definitiva comprobación.

En resumen, la marcha seguida por el investigador en la conquista de una verdad científica suele ser: 1º) Observación de los hechos demostrados, a favor de métodos terminantes, claros y de gran precisión. 2º) Experimentación para crear condiciones nuevas en la manifestación de los fenómenos. 3º) Crítica y eliminación de una interpretación racional de los hechos, en cuya virtud éstos queden subordinados a una ley general y, si es posible, a una representación o esquema fisicoquímico. 4º) Comprobaciones de la hipótesis mediante nuevas observaciones o repetidos experimentos. 5º) De no concordar con la realidad, sustitución de la hipótesis por otra, que será a su vez sometida a riguroso análisis objetivo. 6º) Aplicaciones y ramificaciones de la hipótesis, ya convertida en verdad firme, a otras esferas del saber. ■

Lecturas y señales



La psiquiatría en la encrucijada

Daniel Matusevich



Santiago Levín
Eudeba, 2018

(una ponencia, en este caso) casi perdido, sometiéndolo a una doble transformación, de manuscrito a tesis y luego de tesis a libro: Santiago Levín rescata un trabajo casi legendario que Juan Carlos Stagnaro presentó en unas jornadas cordobesas tomando las ideas centrales del mismo para transformarlas en su futuro trabajo.

Por supuesto que esta historia es una ficción, una ficción verdadera si ustedes quieren, que inmediatamente nos trae ecos de Roberto Bolaño y sus novelas en las cuales alumnos alucinados recorren miles de páginas buscando a sus maestros perdidos en el mundo, o a Enrique Vila Matas y sus estrafalarias peregrinaciones por Barcelona, París, Lisboa y Valparaíso.

La otra historia es de qué va el libro: es un libro que recoge el guante en referencia al estado del arte en nuestra especialidad y que ya en la página 17 establece su marco teórico: "...crítico a la psiquiatría bioreduccionista porque pretendo una psiquiatría antropológica, humanística, flexible y eficaz a la vez, que se interese por la biología, el cuerpo, la subjetividad, la historia y la mente humana, en sus aspectos conscientes e inconscientes, por los vínculos, por el grupo".

La afirmación de Vila Matas sobre que "una obra nueva solo tiene sentido si forma parte de una tradición, pero solo tiene valor en esa tradición si ofrece algo nuevo" se ratifica ampliamente en este caso, ya que es en el fragor de las discusiones sostenidas en el seno del Capítulo de Historia & Epistemología donde germinó la semilla de este texto.

La tradición que mencioné en el párrafo anterior se verifica en el trabajo y otras citas de Stagnaro, en el excelente prólogo de Norberto Conti, en los aportes de Rafael

Ricardo Piglia en su ensayo "Nuevas tesis sobre el cuento" plantea que un cuento siempre cuenta dos historias, *La psiquiatría en la encrucijada* para nada es la excepción a esta regla, planteada en la página 122 de *Ficciones breves* y que después fue retomada por varios autores; la cita exacta explica que "...el arte de narrar se funda en la lectura equivocada de los signos. Como las artes adivinatorias, la narración descubre un mundo olvidado en unas huellas que encierran el secreto del porvenir".

Una de las historias contadas es la relación entre un maestro y su discípulo: el primero rescata un manuscrito

Huertas desde Madrid y en otras referencias que van jalando la obra. Incluso hoy nos parece encontrar ecos de Levín en el último trabajo publicado por Huertas y colaboradores "Críticas y alternativas en psiquiatría", donde en el prólogo leemos que el libro mencionado "...pretende ser una aportación a la crítica actual de la conceptualización y la práctica psiquiátrica realizada desde adentro, por profesionales con una trayectoria de experiencia asistencial e investigadora". Nos interesó especialmente la parte de "desde adentro" y la relacionamos con el siguiente párrafo de "La psiquiatría...": "...escribo este texto desde mi identidad de psiquiatra clínico, de médico comprometido ante todo con la tarea asistencial y con la docencia; con el paciente y con el estudiante de medicina".

En esta misma línea Levín sostiene que "uno de los estímulos que llevan al psiquiatra actual a adentrarse en el terreno histórico es la búsqueda de respuestas en medio de un contexto de crisis de su paradigma científico" y no podemos estar más de acuerdo con esta aseveración; la búsqueda de respuestas va más allá de la historia, abarca a la filosofía, la antropología y a los críticos de la cultura (Fisher y Reynolds, por ejemplo), menos conocidos como referentes teóricos pero muy agudos a la hora de aportar argumentos que permitan entender el escenario actual.

La crítica al empleo de psicofármacos en el marco de un reduccionismo biologicista (o narrativa neuroquímica) tiene claras implicancias políticas y terapéuticas; desde esta perspectiva los neurotransmisores acaparan el reparto de la trama vivencial: cumplen el papel de encubridores de biografías traumáticas, abusos o desigualdades sociales. La persona con sufrimiento psíquico es una enferma, víctima de un cerebro alterado que determina sus experiencias y cuya alternativa es ponerse en manos de una psiquiatría que reequilibre los desajustes de este órgano. Esto significa que la perspectiva biomédica del sufrimiento psíquico no es la concepción objetiva y neutra de los problemas mentales como se pregona, sino una perspectiva cargada ideológicamente y con profundas ramificaciones políticas que transforma, por ejemplo, contradicciones sociales en enfermedades mentales individuales.

Estos problemas son enfrentados con una gran honestidad epistemológica: "quien se apresure a creer, haciendo una lectura superficial o leyendo simplemente en la tapa el título de este libro, que una crítica al reduccionismo biológico en psiquiatría implica un rechazo a la psiquiatría en general se equivocará por completo. Muy por el contrario, la intención es colaborar, aunque sea muy modestamente, con la construcción de una alternativa superadora, desde dentro mismo de la especialidad", rematando con la siguiente frase: "una vez más y en una sola línea: quien quiera hallar argumentos para fundamentar una postura antipsiquiátrica deberá buscarlos en otro lado; no encontrará en esta publicación nada que le interese".

En vez de antipsiquiatría ecos de la psiquiatría crítica propuesta por Ortiz Lobo y la gran pregunta por la identidad del psiquiatra; cómo construirla y cómo analizarla y pensarla en un contexto de crisis. A veces me da la sensación de que algunos colegas tienen vergüenza de reconocerse como psiquiatras: "soy analista...soy psicoanalista..." se escucha en los pasillos de los congresos

o de las instituciones, como si esas fueran profesiones superiores frente a un cierto menoscabo asociado a la palabra psiquiatra. Considero que Santiago escribe orgulloso desde su profesión y eso se valora, una profesión que podemos incluir dentro de las que Paul Valéry llamaba "las profesiones delirantes" (presentan un gran contraste entre la preparación y la entrega que requieren y las recompensas que ofrecen, nacen de una vocación muy poderosa, exigen muchos años de estudio y entrenamiento, son extremadamente inciertas porque quien se dedica a ellas no sabe si el resultado estará a la altura de su ambición). Hablamos aquí de una identidad abierta a los contextos políticos, culturales, económicos y sociales, una identidad que antepone la ética a la tecnología (como sostienen el anteriormente mencionado Ortiz Lobo, Vispe y Valdecasas) y que se replantea permanentemente los caminos para acompañar a las personas enfermas que sufren.

El libro de Santiago es la kryptonita para una psiquiatría reduccionista que se niega a plantearse cuestiones ontológicas y epistemológicas fundamentales (que sí están planteadas en este libro), que se niega a abrirse a otros relatos.

¿Qué implica reducir la experiencia y la conducta humana a un mero epifenómeno de la actividad cerebral? ¿Qué supone para la clínica organizar sus conocimientos en torno a clasificaciones que naturalizan los trastornos mentales, obviando su origen y su construcción social? ¿Cómo influyen los intereses de la industria farmacéutica en mantener esta narrativa? Levín propone renunciar a la omnipotencia y abrirse a otros relatos que den importancia a los contextos (políticos, culturales, económicos y sociales) evitando naturalizar al patriarcado y sus circunstancias.

El psiquiatra está en una encrucijada: en las últimas décadas el paradigma tecnológico devino hegemónico, marcando el desarrollo de la actividad clínica y de investigación así como la formación de los nuevos profesionales, los mensajes transmitidos a los pacientes, y la visión global que la sociedad tiene de la enfermedad mental como algo explicable (y solucionable) en términos neuroquímicos (una neuroquímica cortoplacista negligente de los efectos secundarios que se utiliza para solucionar dudosos desequilibrios neuroquímicos).

El psiquiatra está en una encrucijada: otra psiquiatría puede ser posible y, sin duda, que es necesaria; una psiquiatría que se dedique al estudio de su objeto sin injerencias de intereses comerciales que sesguen nuestra información. Una psiquiatría que se centre, sobre todo, en el enfermo, en su sufrimiento, y deje a los cuerdos y sanos luchar por su felicidad sin falsos remedios.

El psiquiatra está en una encrucijada: Levín sostiene que "Nuestra tarea en pleno siglo XXI, requiere al menos cuatro frentes: la clínica (la base de nuestro trabajo), la filosofía (en particular, la epistemología), la docencia (con la que formamos nuestros sucesores), y la política (desde nuestras asociaciones, en la universidad, en la sociedad civil). Sin esta última, las decisiones serán tomadas en otro lugar".

Este libro es un gran paso en la dirección correcta. ■