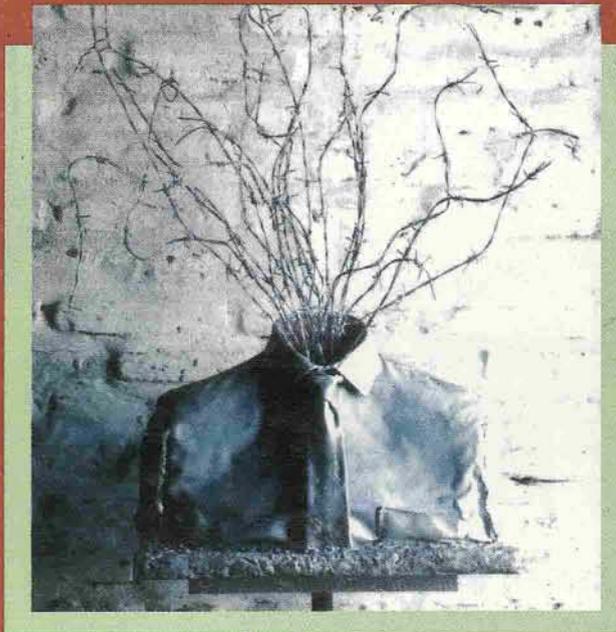


VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

39



AGRESIVIDAD Y VIOLENCIA

*Bonaldi / Carlsson / Jufe
Kalinsky / Risso / Vásquez*

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

Volumen XI - N° 39 Marzo - Abril - Mayo 2000

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

Comité Científico

F. Alvarez (Bs. As.), V. Barembliit (Barcelona), I. Berenstein (Bs. As.), S. Bermann (Córdoba), P. Berner (Viena), J. Bergeret (Lyon), E. Bringas (Córdoba), F. Caroli (París), B. Dubrovsky (Montreal), R. H. Etchegoyen (Bs. As.), N. Feldman (Rosario), J. Forbes (San Pablo), O. Gershanik (Bs. As.), A. E. Goldchuk (Bs. As.), M. Hernández (Lima), O. Kernberg (Nueva York), G. Lanteri-Laura (París), H. Lõo (París), M.A. Matterazzi (Bs. As.), J. Mendlewicz (Bruselas), R. Montenegro (Buenos Aires), A. Mossotti (Santa Fe), J. Nazar (Mendoza), P. Noël (París), E. Olivera (Córdoba), H. Pelegrina Cetrán (Madrid), E. Probst (Montevideo), J. Postel (París), D. Rabinovich (Bs. As.), D. J. Rapela (Córdoba), L. Ricon (Bs. As.), S. Resnik (París), E. Rodríguez Echandía (Mendoza), S. L. Rojtenberg (Bs. As.), F. Rotelli (Trieste), B. Samuel-Lajeunesse (París), C. Solomonoff (Rosario), T. Tremine (París), I. Vegh (Bs. As.), H. Vezzetti (Bs. As.), E. Zarifian (Caen), L. M. Zieher (Bs. As.), P. Zöpke (Rosario).

Comité Editorial

Norberto Aldo Conti (Coordinador); Pablo Gabay, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Martín Nemirovsky, Fabián Triskier.

Corresponsales

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

Corresponsales en el Exterior

ALEMANIA Y AUSTRIA: A. Woitzuck. **AMÉRICA CENTRAL:** D. Herrera Salinas. **CHILE:** A. San Martín. **CUBA:** L. Artilles Visbal. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **ESPAÑA:** J. Giménez Avello, A. Berenstein, M. A. Díaz. **EE.UU.:** A. Sudilovsky (Pittsburg); C. Toppelberg (Cambridge); A. Yaryura Tobías (Nueva York). **FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas. **MÉXICO:** M. Krassoievitch; S. Villaseñor Bayardo. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar.

Informes y correspondencia:
VERTEX, Moreno 1785, 5º piso
(1093), Buenos Aires, Argentina
Tel./Fax: 54(11)4383-5291 - 54(11)4382-4181
E-mail: polem@sminter.com.ar

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

Diseño
Coordinación y Corrección
Mabel Penette

Composición y Armado:
Omega Laser Gráfica
Moreno 1785, 5º piso
(1093), Buenos Aires, Argentina
Impreso en:
Creaciones Gráficas
Ayolas 3142
(1872) Sarandí
Tel/Fax: 4-265-1666

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: Nº 207187 - ISSN 0327-6139

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XI Nº 39, MARZO - ABRIL - MAYO 2000

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX.

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

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

SUMARIO

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- "Psicoterapia y psicofármacos. Juntos o separados, cuándo y cómo", H. F. Alvarez, H. T. Hirsch, A. J. Lagomarsino, S. Pagés pág. 5
- "Tratamiento del deterioro cognitivo en alcoholicos. Estudio doble ciego", E. Serfaty, L. Dugadkin, A. Masautis pág. 13

DOSSIER

AGRESIVIDAD Y VIOLENCIA

- ¿Estamos frente a una nueva forma de violencia?, P. Bonaldi pág. 23
- Adolescencia y violencia. Algunas reflexiones desde la Salud Pública, M. Vásquez pág. 29
- El llamado caso de "La Matanza de Lonco Luán" Una perspectiva antropológica (Pcia de Neuquén, Argentina), B. Kalinsky pág. 33
- Estrategia para el manejo de pacientes agresivos, G. F. Carlsson pág. 40
- La conducta violenta, R. E. Risso pág. 47
- Tratamiento farmacológico de la agresión impulsiva, G. S. Jufe pág. 56

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- Malleus Maleficarum: Pensamiento y acto de la violencia totalitaria, por N. A. Conti pág. 65

CONFRONTACIONES

- Los nuevos escenarios de la clínica: Salud Mental y Prepagos, D. E. Izrailit pág. 69

LECTURAS Y SEÑALES

- "Señales" pág. 76
- Índice acumulativo del año 1999, Vol. X pág. 79

Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, es una revista científica de aparición trimestral, en marzo, junio, setiembre y diciembre de cada año, con dos Suplementos anuales, indizada en el acopio bibliográfico "Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud" LILACS.

EDITORIAL

E

l 26 de enero falleció el Dr. Guillermo Vidal. Un momento que, desgraciadamente, hace meses sabíamos que debía llegar. Cuando arribó la nave encontró un viajero lúcido, valiente y sereno como era de esperar. Guillermo dejó tras él una obra fundamental cargada de enseñanzas.

Su gran tarea: "Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina" fue durante más de medio siglo el escenario que Vidal y el talentoso equipo que lo acompañó y continúa su proyecto, ofreció para que la psiquiatría iberoamericana, como a él le gustaba llamarla, presentara con una riqueza incalculable su producción científica y sus opiniones sobre nuestra especialidad. Recorrer sus páginas permite apreciar un reflejo de tantos desvelos, pasiones y esfuerzos generados por el talento de su director.

Desde los comienzos de Vertex contamos con su apoyo y sus consejos, y siempre lo sentimos como un ejemplo de tenacidad y respeto por sus convicciones.

Vidal deja, también, una marca mayúscula en la edición científica en habla hispana, en general, con la Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría elaborada bajo su dirección y la de R. D. Alarcón y F. Lolas Stepke.

Guillermo Vidal nació en Buenos Aires el 13 de junio de 1917 y egresó de sus estudios de Medicina de la Universidad Nacional de Asunción del Paraguay en 1943. Fue en dicha ciudad, en el Manicomio Nacional, a donde desarrolló junto al Dr. Andrés Rivarola Quirolo —a quien siempre reconoció como su único maestro— la que podría catalogarse como la primera experiencia de comunidad psiquiátrica en América Latina.

A su familia, a sus amigos y colegas, al equipo que intentará continuar su obra, les decimos desde estas páginas que la presencia de "Acta..." en nuestra mesa de trabajo es indispensable y que el recuerdo, el respeto y el afecto por la obra y la persona de Guillermo Vidal constituyen un compromiso que nos sigue uniendo ■

J. C. Stagnaro – D. Wintrebert

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES



1) Los artículos deben enviarse a la redacción: *Vertex*, Revista Argentina de Psiquiatría. Moreno 1785, 5° piso (1039) Buenos Aires, Argentina.

2) Los artículos que se envíen deben ser inéditos, en tres copias en papel y una copia en diskette identificando el programa de edición de texto utilizado (para P C) y el nombre del archivo. El título debe ser breve y preciso. Los originales incluirán apellido y nombre del/los autor/es, títulos profesionales, funciones institucionales en el caso de tenerlas, dirección postal, teléfono, fax y E-mail. Deberán acompañarse, en hoja aparte, 4 ó 5 palabras clave, resumen en castellano y en inglés que no excedan 150 palabras cada uno y el título en inglés. El texto total del artículo deberá abarcar un máximo de 12 a 15 páginas tamaño carta, que contengan aproximadamente 1620 caracteres por página.

3) Las referencias bibliográficas se ordenarán por orden alfabético al final del trabajo, luego se numerarán en orden creciente y el número que corresponde a cada una de ellas será incluido en el correspondiente lugar del texto. Ej.:

Texto: El trabajo que habla de la esquizofrenia en jóvenes(4) fue revisado por autores posteriores(1).

Bibliografía: 1. Adams, J., ...

4. De López, P., ...

a) Cuando se trate de artículos de publicaciones periódicas: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del artículo, nombre de la publicación en que apareció, año, volumen, número, página inicial y terminal del artículo.

b) Cuando se trate de libros: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del libro, ciudad de edición, editor y año de aparición de la edición.

4) Las notas explicativas al pie de página se señalarán en el texto con asterisco y se entregarán en página suplementaria inmediatamente a la página del texto a que se refiere la nota.

5) Gráficos y tablas se presentarán aparte, con su respectivo texto, cuidadosamente numerados y en forma tal que permitan una reducción proporcionada cuando fuese necesario.

6) El artículo será leído por, al menos dos miembros del Comité Científico quienes permanecerán anónimos, quedando el autor del artículo también anónimo para ellos. Ellos informarán a la Redacción sobre la conveniencia o no de la publicación del artículo concernido y recomendarán eventuales modificaciones para su aceptación.

7) La revista no se hace responsable de los artículos que aparecen firmados ni de las opiniones vertidas por personas entrevistadas.

8) Los artículos, aceptados o no, no serán devueltos.

9) Todo artículo aceptado por la redacción no puede ser reproducido en otra revista o publicación sin previo acuerdo de la redacción.

Psicoterapia y psicofármacos ¿Cuándo y cómo combinarlos?

Héctor Fernández Alvarez

Universidad de Belgrano, C.C.135 - Sucursal 26, (1426) Buenos Aires, Argentina. E-mail: dianak@ssdnet.com.ar

Hugo T. Hirsch

Centro Privado de Psicoterapias, Av. Libertador 6049 1^a. E-mail: cpp@impsat1.com.ar

Alejandro J. Lagomarsino

Centro Privado de Psicoterapias, Av. Libertador 6049 1^a. E-mail: alagomarsino@janssen.com.ar

Sergio Pagés

Fundación Aiglé, Virrey Olaguer 2679 (1426) Buenos Aires, Argentina. E-mail: faigle@teletel.com.ar

Psicoterapias y psicofármacos han tenido una relación conflictiva, que de algún modo continúa hoy pese a la tendencia a integrarlos. El profesional no encuentra en la bibliografía criterios claros para decidir en muchos casos si conviene emplear uno u otro recurso, y si los dos, de qué manera. El presente artículo pretende ofrecer, a falta de criterios valida-

dos, algunas guías o consideraciones prácticas, basadas tanto en resultados de investigación como en la experiencia de los autores.

El mero planteo del problema representa un avance considerable respecto al estado de la cuestión hace un par de décadas. Entonces casi toda la discusión estaba centrada en la eficacia o ineficacia de ambos procedimientos. Los psico-

terapeutas consideraban que los medicamentos producen una eliminación ilusoria de los síntomas, ocultando la verdadera razón del padecimiento psíquico. Cabía esperar en consecuencia una alta tasa de reincidencia. A la inversa, los psicofarmacólogos veían en la psicoterapia un procedimiento de eficacia dudosa, que con frecuencia contribuía a la perduración de los

Resumen

La psicoterapia y la psicofarmacología son dos ópticas desde las cuales observamos los problemas que nos trae el paciente. También son dos recursos que podemos implementar para ayudarlo, ya sea simultánea o sucesivamente. A pesar de que estas asociaciones se utilizan con frecuencia creciente, el profesional no encuentra en la bibliografía criterios claros para decidir en muchos casos si conviene emplear uno u otro recurso, y si los dos, de qué manera. El presente artículo pretende ofrecer lineamientos de orientación, basados tanto en resultados de investigación como en la experiencia clínica de los autores.

Palabras clave: Psicoterapia - Psicofarmacología - Psicoterapia y Psicofarmacología.

PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOPHARMACOLOGY, HOW AND WHEN TO ASSOCIATE THEM?

Summary

Psychotherapy and psychopharmacology are two viewpoints from which we look at the patient's problems. These are also two resources we can put into use to help him, either simultaneously or successively. Although these associations have become popular, clinicians don't find in the literature clear criteria to decide -in many cases- whether it is more useful to implement one or the other, or if both, how to do it. This article attempts to provide orientation guidelines, based in research results, as well as in the authors' experience.

Key Words: Psychotherapy - Psychopharmacology - Psychotherapy and Psychopharmacology.

síntomas más allá del tiempo razonable, con el consiguiente perjuicio para el paciente y su entorno.

Hoy se puede aceptar la validez de ambos argumentos para una cantidad de casos específicos, pero no hay dudas sobre la eficacia y eficiencia de ambos recursos terapéuticos. La literatura científica al respecto es muy vasta. Tanto la farmacoterapia como la psicoterapia cuentan con numerosas pruebas acerca de los beneficios que son capaces de producir en distintas formaciones psicopatológicas.

Más difícil ha resultado determinar si un recurso es más eficaz que otro, especialmente en los trastornos de ansiedad y del ánimo. A pesar de algunos intentos importantes, como el de evaluación de los tratamientos para la depresión realizado por el NIMH de los EE. UU., no existen pruebas concluyentes de la superioridad relativa general de cualquiera de dichos procedimientos.

Ello se debe, en buena medida, a las dificultades metodológicas inherentes a los estudios comparativos entre ambas técnicas(8), que se vuelven más críticas cuando se trata de examinar el curso de los tratamientos combinados con dichos recursos. A pesar de ello, existe en el último periodo un interés creciente por ese tipo de estudios(2, 3, 4, 8). No hay por ahora conclusiones claras sobre cuándo y cómo la medicación es superior a la psicoterapia, y viceversa.

Por otra parte, en los últimos años se hicieron numerosas presentaciones abogando a favor de la ventaja de integrar –de manera regular– ambos recursos en el caso de muchos padecimientos. Se observa por un lado la tendencia a fomentar una actitud general de integración en el campo de la Salud Mental. También refleja una concepción aditiva, según la cual es razonable esperar un efecto sinérgico de ambos procedimientos, cada uno de los cuales posee cualidades potencialmente beneficiosas para los pacientes. Mavissakalian(10) sostuvo, enfáticamente, que el uso combinado de medicamentos anti-depresivos y psicoterapias de exposición constituyen el modelo más favorable para pacientes que padecen de trastornos de pánico.

Feldman y Feldman(6) reunieron en un número monográfico

una serie de presentaciones a favor de la aplicación sistemática de tratamientos combinados, ya sea a cargo de un solo terapeuta o a través de equipos de farmacoterapeutas y psicoterapeutas.

Kupfer y Frank(9) sugieren que el agregado de psicoterapia y un *workshop* educacional al tratamiento medicamentoso de depresiones recurrentes reducen la tasa de recaídas del 20% a menos del 10%. Di Mascio(5) mostró la ventaja de combinar amitriptilina con psicoterapia interpersonal en depresiones agudas. Riba y Ballon(11) afirman que "el tratamiento combinado probablemente sea más eficaz que cada uno por separado para la mayoría de los pacientes".

Sin embargo, no todos los autores coinciden con estas conclusiones. La literatura científica provee datos que avalan inequívocamente esa afirmación sólo en el caso de algunas perturbaciones como la esquizofrenia y los trastornos bipolares, donde la asociación entre psicofármacos y psicoeducación es el procedimiento de elección.

Pese a los trabajos anteriormente citados, no puede concluirse lo mismo en el vasto rubro de los trastornos del estado de ánimo y de la ansiedad. Hollon y Beck(7) informan conclusiones muy disímiles en un extenso estudio, probando que no existen diferencias significativas comprobables entre el empleo de psicoterapia solamente y el uso de tratamientos combinados en la asistencia de trastornos depresivos.

Abramovitz(1) presentó una importante revisión de numerosos estudios con pacientes obsesivo-compulsivos, donde encuentra que existen escasísimos datos serios de investigación sobre el papel de los tratamientos combinados.

Una de las formulaciones más terminantes al respecto se presenta en el resumen de recomendaciones de la Guía de Prácticas para el tratamiento de pacientes con trastorno de pánico, publicada por el *American Journal of Psychiatry* en mayo de 1998. Allí se dice que "los estudios que comparan la eficacia de la combinación de medicación y terapia cognitivo-comportamental con los resultados de cualquiera de esos procedimientos por separado han producido resultados conflictivos. Actualmente, no es

posible identificar qué pacientes se pueden beneficiar con una terapia combinada".

Sin embargo, muchos profesionales pueden presentar ejemplos en los que esa combinación resultó eficaz. Sigue entonces en pie la cuestión de cuándo combinar ambos recursos y cuándo no. Mientras esperamos que nuevas investigaciones arrojen más luz sobre el tema, ofrecemos algunos criterios y una serie de ejemplos que faciliten la reflexión crítica sobre ellos, para configurar un sendero, inseguro, pero sendero al fin, para transitar por este territorio bastante inexplorado.

Sabemos que la asociación de dichos recursos no genera automáticamente resultados aditivos. No es cuestión de agregar siempre diferentes medicaciones ni de indicarle siempre a un paciente varios procedimientos de psicoterapia a la vez, pero tampoco resulta plausible administrar psicofármacos y psicoterapia simultáneamente en todos los casos.

Comenzaremos con algunos ejemplos clínicos de cuándo no nos parece adecuado asociar ambos recursos, para posteriormente abordar el tema de cuáles son las ocasiones y formas de combinarlos.

Indicar medicación puede ser negativo cuando el significado de enfermedad que conlleva ese gesto puede obturar un proceso de cambio de actitudes.

Pongamos por caso a un adolescente con síntomas compatibles con una depresión, pero donde vemos que lo esencial del problema es su dificultad para crecer e independizarse de los padres, haciéndose cargo de sus responsabilidades. En este caso, introducir una medicación desdibuja el tema principal, haciendo más difícil dicha transición, con el aprendizaje que supone.

Por otro lado, también encontramos situaciones que se pueden resolver con facilidad mediante fármacos –como por ejemplo ansiedad o insomnio situacionales– en las que buscamos solamente alivio de estos síntomas mientras el paciente por sí solo se adapta a un nuevo equilibrio (ascenso en el trabajo, mudanza, juicio, etc.)

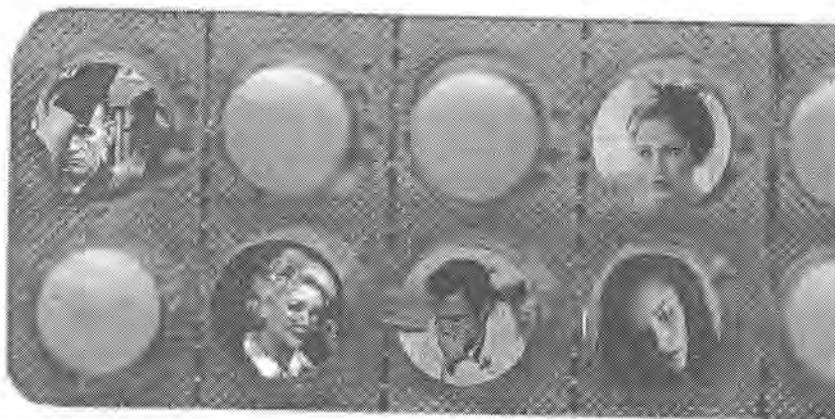
En general no se indicará psicoterapia cuando estimamos que abrir un proceso de reflexión puede complicar; ya sea porque eva-

luamos que el paciente puede afrontar la situación por sí mismo, o porque los posibles perjuicios superan los beneficios probables. (Ver viñeta N° 3)

Hemos revisado algunas situaciones en las que es preferible utilizar un solo recurso. ¿En cuáles es conveniente emplear ambos, más allá del ejemplo paradigmático de los trastornos esquizofrénicos y bipolares? Existen dos razones que justifican ese procedimiento: una, cuando se espera que exista un efecto multiplicador entre ambos recursos; dos, cuando la intervención deba operar claramente en más de un nivel al mismo tiempo. Esto ocurre cuando por ejemplo se necesita intervenir sobre el trastorno afectivo de un paciente y el modo de vincularse del paciente con una pareja o en el sistema familiar.

Las consecuencias de utilizar ambos recursos pueden esquematizarse como efectos buscados de *habilitación*, cuando la aplicación de un recurso posibilita la aplicación del otro. Por ejemplo, un paciente puede estar tan agitado que no se encuentre en condiciones de tratarse con psicoterapia, y se indicarán psicofármacos para posibilitar dicha tarea. O, inversamente, puede ser necesaria una tarea previa psicoterapéutica; en ella, el terapeuta trabajará para que el paciente comprenda los motivos por los que necesita ser medicado, las consecuencias de su negativa a aceptar los remedios, y las situaciones y motivaciones que pueden llevarlo a rechazarlos.

En muchas situaciones indicamos los dos recursos buscando la *aditividad*. Esto es, tratando de que los efectos de cada uno de los recursos se sumen; los psicofármacos mejoran síntomas como ansiedad o pérdida del apetito, mientras que la psicoterapia promueve el aprendizaje de diferentes maneras: búsqueda de alternativas, modificación de esquemas cognitivos, capacitación en el desempeño de nuevos roles. En algunos casos se puede observar claramente que estos dos tipos de efectos son relativamente independientes uno del otro. En la viñeta N° 5 se verá cómo la paciente mostró progresos en su autoestima e independencia, revisó beneficiosamente el rol de la "linda pero fonta" que su familia le había asignado, desarrolló relaciones con



otros hombres y se adaptó a su nueva situación de mujer separada. Sin embargo, estos logros no fueron suficientes para evitar la aparición de una grave depresión al suspender el antidepresivo. Consecuentemente se le indicó tratamiento farmacológico de mantenimiento a largo plazo, y la paciente lleva años sin volver a sufrir depresiones. Aunque acordamos no continuar con la terapia, esta recuperación prolongada le ha permitido poner en práctica y ampliar los recursos adquiridos en ella.

Finalmente, muchas veces la aditividad genera un circuito de potenciación recíproca. Los efectos de un recurso amplifican los del otro, que a su vez amplifican los del primero. Por ejemplo, la modificación de esquemas cognitivos junto con la administración de antidepresivos reduce el riesgo de recaídas. El antidepresivo facilita esa modificación produciendo nuevas conductas y percepciones que disminuyen la probabilidad de manifestaciones patológicas y potencian el efecto de la medicación. Este sería el caso de la paciente de la viñeta N° 2.

Otros ejemplos: la utilización de benzodiazepinas permite que el paciente ansioso, ya más sereno, pueda registrar mejor las intervenciones del terapeuta; lo que a su vez lleva a que se serene aún más, potenciando el efecto de la medicación administrada. De manera correlativa, una psicoterapia suficientemente contenedora puede ayudar a que un paciente con sensaciones persecutorias acepte tomar un tranquilizante, lo que le permitirá experimentar una mayor seguridad que potenciará los ulteriores pasos de la psicoterapia.

Indicaciones terapéuticas: criterios para la toma de decisión

Ofrecemos a continuación siete ejes de análisis que pueden guiarnos respecto a cuándo usar medicación, cuándo usar psicoterapia y cuándo usar ambas, incluyendo ejemplos de aplicación de esos criterios y contra-ejemplos para mantener la necesaria cautela.

1. En primer lugar, debe considerarse el grado de *urgencia* del problema. Los pacientes expresan su padecimiento en la consulta recurriendo a signos que los expertos se ocupan de reunir en un diagnóstico. Así se llega a identificar el eventual trastorno que los aqueja. No obstante, antes de realizar una indicación terapéutica será necesario identificar el contexto vital y sociocultural en que se enmarca la perturbación. Debemos examinar en profundidad la búsqueda presente en cada demanda, en cada consulta. ¿Qué busca el paciente (y su entorno) con la consulta? ¿Cuánta necesidad tiene de que el síntoma que lo aqueja disminuya o desaparezca? ¿Cuánto le afecta este hecho en el conjunto de su vida? ¿Qué efectos perturbadores adicionales tiene la presencia de ese síntoma para él y para sus semejantes? Para que sea posible iniciar un proceso terapéutico es necesario una correspondencia mínima entre las expectativas del sistema consultante (paciente y entorno) y la perspectiva del terapeuta. Debemos considerar tanto el grado de afectación en el desempeño y las relaciones visto "desde afuera" como la intolerancia al mantenimiento de la situación expresada "desde adentro". La consideración de los aspectos objetivos y

subjetivos de la urgencia permitirá al profesional establecer el tipo de intervención necesaria.

Por ejemplo, los cuadros de extrema intensidad y urgencia como un cuadro psicótico de agitación o un ataque de pánico suelen recibir medicación inmediata. La razón para ello es no sólo que contamos con medicamentos eficaces, sino que en ese estado las personas son frecuentemente inabordables desde el punto de vista psicoterapéutico.

Sin embargo, hay una cantidad de situaciones en las que el terapeuta considerará inapropiado dar medicación aunque haya urgencia en la consulta. Por ejemplo, no sería adecuado tratar de erradicar un cuadro depresivo con medicación si lo consideramos una consecuencia de insatisfacción marital. Habría dos razones para ello: en primer lugar, de conseguirse la desaparición de los síntomas probablemente también desaparecería la motivación para encarar el problema relacional. En segundo lugar, medicar a la señora en esta situación implica un riesgo de transformarla en "la enferma". Esto, por lo general, hace mucho más difícil la discusión en términos de insatisfacción con el vínculo.

2. En segundo término, los *significados* atribuidos al motivo de consulta. Si el sistema consultante atribuye los síntomas a un problema "biológico", estará más inclinado a recibir medicación que psicoterapia, mientras que lo opuesto sucede si considera que son causados por conflictos psicológicos o de relación.

Por su parte, el terapeuta actual, que ha superado estas antinomias, tendrá en cuenta esta perspectiva de los consultantes. Obviamente no encontrará dificultades si su idea del/los recursos a implementar coincide con los de ellos. Si no coinciden, en cambio, deberá en todos los casos realizar una tarea psicoterapéutica preliminar, cualquiera sea el camino que finalmente se adopte. Si el paciente piensa que el problema es "psicológico", el profesional tendrá que realizar una tarea de cambio de atribución de significados para persuadirlo de que tome medicación. Lo mismo, si el paciente cree que el problema es "biológico" y el terapeuta considera que el abordaje privilegiado debe ser la psicoterapia.

3. En otro orden de cosas, algunas personas relatan junto con los síntomas un conjunto de acontecimientos que parecen dar cuenta de la emergencia de los mismos. En otros casos, el síntoma o problema aparece allí sin que nada parezca conectarlo con la historia del paciente y sus circunstancias. En el primer caso, diremos que hay un *drama* que explica el padecimiento mientras que en el segundo se encuentra ausente. Entendemos por drama la articulación significativa de acontecimientos objetivos o subjetivos que parecen explicar los síntomas que motivan la consulta. La presencia del drama favorecerá la elección de psicoterapia, su ausencia, la elección de farmacoterapia. Naturalmente, esto depende de la habilidad del profesional para detectar el drama.

4. Sin embargo, si el paciente o consultante no tiene el tipo de *capacidades psicológicas* necesarias para captar dramas, por lo general no se beneficiará con psicoterapia. Por ejemplo, un paciente que había consultado por su aislamiento emocional y retraimiento general, no veía relación entre su sintomatología y un terrible accidente sufrido en su infancia que lo había marginado de la vida común de los chicos de su edad.

5. Otro elemento a tener en cuenta es la disposición del paciente a adoptar una *actitud activa* para remediar su problema. Aquellas personas que sólo pueden esperar pasivamente que la solución provenga del profesional no son buenos candidatos para la psicoterapia en cualquiera de sus formas, y probablemente reciban mejor ayuda mediante medicamentos. Conviene recordar que la falta de disposición del paciente a hacer lo que el terapeuta solicita no significa necesariamente pasividad; una persona puede no estar motivada a realizar tareas, pero en cambio colaborará en una tarea de introspección requerida por una técnica diferente.

6. Además, debemos tener en cuenta la *ideología* del paciente, entendida como conjunto de valores y significados que determinan la preferencia o rechazo por uno u otro recurso. Por ejemplo, quien recela de la dependencia a los medicamentos bien puede aceptar una relación terapéutica

de quince años tres veces por semana. A la inversa, hay quienes se niegan a "depender de un terapeuta" pero no pueden salir a la calle sin el reaseguro de llevar consigo un remedio. También están los naturistas, que se oponen, por considerarlos artificiales, a los medicamentos sintetizados en laboratorio, pero en cambio aceptan productos como las Flores de Bach, más acordes con sus convicciones.

Los rechazos parecen estar vinculados con dos temas principales: uno es qué es lo que consideran *tóxico*, qué puede dañarlos, como es el caso de los naturistas. El otro, es qué estiman que es lesivo para su noción de *autonomía* y *competencia*; especialmente ciertos pacientes varones, experimentan rechazo a una propuesta terapéutica que los ubica en un rol de necesidad, que interpretan como debilidad.

7. Es preciso agregar a lo expuesto hasta ahora, la consideración de cada uno de los recursos desde la óptica de la relación entre *esfuerzos* por ambas partes y *resultado* obtenible. Si bien los medicamentos tienen (comparativamente) efectos rápidos, no necesariamente promueven aprendizaje, en sentido amplio. La psicoterapia, por otra parte, no suele obtener alivio rápido de la sintomatología, pero tiende a desarrollar habilidades para la resolución de conflictos, afrontamiento de dificultades, introspección y transiciones vitales. Esto permite considerar la relación costo/beneficio.

¿Cuánta mejoría es esperable con cada uno de estos recursos en una situación dada?

¿Cuánto tiempo se supone que deberá ser administrado y, en ese caso, cuál es el costo total de su administración? ¿Hasta qué punto su aplicación evitará recaídas que lleven a nuevos sufrimientos y tratamientos? (Por ejemplo, imipramina vs. terapia interpersonal en depresivos recidivantes).

Estos elementos: urgencia del problema, significado atribuido a los síntomas, drama, capacidad para captar sus implicancias, disposición activa, ideología y relación entre inversión de esfuerzo y resultado, constituyen indicadores para explorar la indicación de psicofármacos, psicoterapia o combinación de ambos.

Presentaremos a continuación una serie de viñetas en las que se podrá analizar las decisiones de los profesionales a la luz de los criterios que acabamos de enunciar.

Viñeta 1

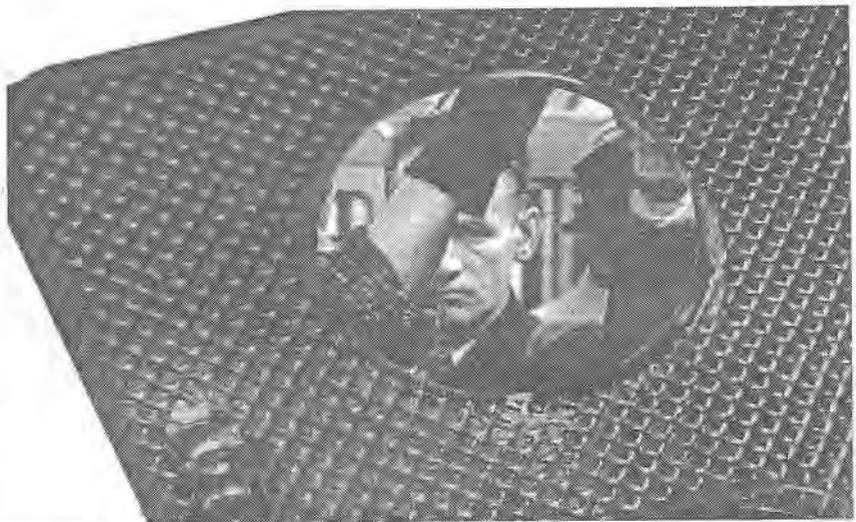
El Sr. A., 45 años, concurre a la consulta movido por una fuerte perturbación de su estado de ánimo. Lo atribuye a las consecuencias de haber perdido su trabajo, en el que se desempeñó durante los últimos 20 años. Casado y padre de 2 hijos de 7 y 9 años, se siente muy angustiado por el futuro de su familia ante las grandes dificultades que experimenta para iniciar la búsqueda de un nuevo empleo.

Tiene escasa capacitación, habiendo cumplido en su trabajo tareas administrativas. Por ello encuentra que tiene pocas posibilidades de encontrar nuevo trabajo. Su esposa no trabaja ni se contempla esa alternativa en el corto plazo pues está totalmente entregada a su rol de ama de casa.

El paciente experimenta, a lo largo de la entrevista, varios accesos emocionales. En alguno de ellos, en medio de un fuerte sollozo, se explaya sobre las dificultades que le tocó vivir (las severas dificultades económicas de su padre, el suicidio de una hermana, la endeble situación de salud de su madre) y del fuerte temor respecto del futuro.

Obsesionado por las circunstancias que rodearon el despido de su empleo, vuelve reiteradamente sobre esos hechos. Uno de los más destacados fue un episodio de "confusión mental" que le sobrevino un año antes de ser despedido y que lo llevó a consultar al médico del trabajo. Considera que su imposibilidad de recuperarse en ese momento, y las vicisitudes que siguieron a esos hechos, influyeron en gran medida en la pérdida de su empleo.

Al final de la entrevista se lo instruyó en la generación de habilidades orientadas a la obtención de un nuevo trabajo. Se le indicaron tareas al respecto para realizar en el intervalo intersesión. El paciente aceptó renuementemente, solicitando en su lugar, la posibilidad de recibir



una nueva medicación que le permitiera salir de su estado.

La segunda entrevista transcurrió sin muchas variantes. Durante su transcurso, el paciente señaló que a pesar de los intentos realizados no había progresado en las gestiones para obtener un nuevo empleo. Al mismo tiempo, reiteró su interés en tomar nuevos medicamentos. Comentó, en apoyo de ello, lo que escuchara en un programa de TV por cable donde recomendaban ciertos "remedios para la serotonina". Le transmitimos que en caso de ser necesario le serían indicados otros psicofármacos. Pero que valía la pena probar con la posibilidad de nuevos procedimientos para solicitar empleo. Se le proveyeron nuevos recursos al respecto.

Al llegar a la tercera entrevista su estado de ánimo estaba muy mejorado. Pensamos que había surtido efecto positivo el entrenamiento en habilidades que le habíamos impartido. Pensando en que el signo de su mejoría era la consecuencia de haber incrementado su capacidad de afrontamiento le preguntamos al respecto. Pero, para nuestra sorpresa, el paciente dijo que lo que lo tenía bien era su expectativa de que en esta tercera entrevista habríamos de proporcionarle los nuevos medicamentos. Decidimos administrar psicofármacos.

En el curso de los 3 meses siguientes su estado de ánimo mejoró paulatinamente, aunque no de manera muy significativa. El diálogo que mantenía con el psiquiatra que supervisaba la evolución de su tratamiento farmacológico evidenciaba una persistente preocupación ante la continuación de su problema laboral (y económico). Ante

ello, se le indicó la necesidad de llevar a cabo, además, un tratamiento psicológico. A partir de ese momento el paciente comenzó a discontinuar sus citas para el control de la medicación y nunca llegó a la entrevista inicial con el psicoterapeuta. Finalmente desertó.

Ateniéndonos estrictamente a la información que surge del texto, podríamos construir el siguiente cuadro:

1. Hay urgencia; el paciente se muestra muy angustiado y la situación económica requiere cambios a corto plazo.

2. El significado de su problema para el señor A es biológico (la "confusión mental" por la que consultó al médico)

3. Presenta drama; relato de episodios vividos que podrían relacionarse con su angustia actual.

4. Su capacidad psicológica para captar el drama es baja.

5. Su actitud es pasiva.

6. Su ideología lo lleva a priorizar "remedios para la serotonina"

7. En cuanto a la relación entre esfuerzo y resultado, podemos señalar que para el equipo terapéutico el síntoma principal es la incompetencia, mientras que para el paciente es la angustia. El equipo parece considerar que poco se podrá hacer por la disminución de la angustia a mediano y largo plazo, sin disminuir la incompetencia. En consecuencia, no ve la necesidad de centrarse en la medicación, puesto que no podrá traer beneficios a largo plazo, aunque pueda aliviar el síntoma actual (efectos relativos de medicación y psicoterapia y consideraciones de costo/beneficio). En la medida que el paciente no es persuadido de esta

perspectiva, deserta inevitablemente, (aunque quizá algo mejorado respecto a su estado de ánimo).

Viñeta 2

M, 61 años, vive en una capital de provincia. Está casada hace 37 años. Tiene 4 hijos, todos casados y con hijos. Odontóloga, se dedicó durante años a odontopediatría. Con el tiempo fue abandonando la labor profesional. Su marido, también odontólogo, es muy prestigioso en su profesión.

Llegó a la consulta acompañada por su esposo, recomendada por un médico de su ciudad a quien ella le había preguntado por algún especialista en terapia cognitiva. Tal inquietud le había nacido cuando, algún tiempo antes, un psiquiatra de Barcelona la medicó a raíz de un episodio agudo, sugiriéndole la necesidad de recibir ese tipo de psicoterapia. Padece depresión, de manera oscilante, desde hace 15 años. Hizo varias terapias, que siempre abandonó. Eran tratamientos en que "se revolvía el pasado". Se define a sí misma como inconstante.

Durante la primera entrevista refiere síntomas depresivos, aislamiento, falta de motivación y agresividad, especialmente con su esposo. Sus síntomas se agravaron en el último período. Lo atribuye al momento vital (los hijos se fueron de su casa) y a que esta situación pone en primer plano los problemas con su marido.

El equipo de admisión señala como relevantes la presencia de una marcada disminución de la autoestima y la autoeficacia en la paciente, baja controlabilidad, junto a una significativa expectativa de mejorar de su depresión y cambiar su modo de vida. En las entrevistas con la pareja se observan en el marido actitudes veladamente descalificadoras, encubiertas en un clima de aparente cordialidad. Él se reconoce como poco comunicativo, bastante machista debido a la educación recibida y torpe para entender a los demás. Acuerda con su mujer que, por esos motivos, se dedicó mucho a su trabajo y dejó en manos de ella el manejo de la familia. Reconoce no entenderla, aunque manifiesta cari-

ño hacia ella. Está dispuesto a involucrarse en el tratamiento.

Se diseñó un tratamiento basado en sesiones individuales de psicoterapia para ella y administración de medicación antidepressiva (ambos a cargo del mismo profesional) y psicoterapia de pareja (a cargo de otro profesional). La frecuencia de encuentros era, inicialmente, semanal. Las sesiones de pareja eran siempre posteriores a las individuales.

Evolución: a los 2 meses se había registrado una franca mejoría sintomática. Comenzó a reevaluar sus posibilidades laborales buscando una reconversión de su actividad. Expresa sentimientos de celos respecto a una secretaria del marido, junto a una mayor claridad para plantear sus necesidades afectivas. Mejora su comunicación, incrementándose su comprensión recíproca y modificándose los modos atributivos dominantes.

A los 4 meses se indica una frecuencia quincenal de la terapia. Continúa la mejoría. Su disposición para retomar una actividad se incrementó. Disminuyeron sus celos y es más asertiva respecto del marido. El responde aumentando su comprensión hacia sus reclamos. Al mismo tiempo, él también realiza planteos sobre ciertos modos infantiles que cree ver en ella. Se aborda, a partir de ello, la cuestión de los beneficios que la depresión le aportara a ella. Se disminuye la medicación.

A los 8 meses se interrumpe la psicoterapia, coincidiendo con un viaje de ellos y las vacaciones de verano. Ella continúa con una pequeña dosis de antidepressivos.

Al regreso (11 meses de iniciado

el tratamiento) se evalúa finalizar el tratamiento de pareja, dados los cambios alcanzados y del mantenimiento verificado durante la suspensión. El control de la medicación se mantiene cada 15 días.

A los 12 meses se suspende la medicación.

Seguimiento mensual (18 meses desde el inicio). Continúa bien, se ha involucrado en una sociedad profesional de odontólogos, amplió su red social, muestra mayor comunicación y satisfacción con el marido. Se ha involucrado más con los nietos.

Criterios

1. La sintomatología tiene urgencia e intensidad moderada, en parte porque ya venía medicada, con efectos positivos.

2. Aunque busca una terapia, el significado atribuido es ambiguo, lo que deja abierta la posibilidad al uso de ambos recursos.

3. El drama es evidente: "nido vacío".

4. No hay referencia directa en el texto, pero parece evidente que tiene capacidad psicológica.

5. Aunque se define como inconstante, ella busca activamente este tratamiento.

6. La ideología se expresa sólo como rechazo a una forma de psicoterapia que "revuelve el pasado".

7. En cuanto a la relación esfuerzo resultado, la paciente por una parte encontraba útil pero no suficiente el tratamiento farmacológico, y el equipo terapéutico consideró que estaban dadas las condiciones para que el esfuerzo psicoterapéutico, tanto individual como de pareja, llevase a un resultado satisfactorio.



En síntesis:

1. La urgencia después de quince años, era relativa, pero la paciente ya había sido medicada en España con buen resultado y valía la pena reforzar la prescripción del colega, dado que a su vez implicaba la recomendación de terapia cognitiva. Al mismo tiempo la posibilidad de trabajar sobre la insatisfacción en el vínculo conyugal quedaba abierta, a pesar del diagnóstico de depresión (Por supuesto, la indicación de medicación se sostuvo además por su utilidad intrínseca, y no sólo por esas consideraciones).

2. La psicoterapia parecía un buen intento para un segundo momento, por la fuerte presencia de un drama en el horizonte personal de la paciente, y que tanto ella como su esposo mostrasen mucha disponibilidad para sostener un dispositivo complejo. Esta disponibilidad incluía tanto las creencias sobre causas y remedios del problema de la señora (momento vital, comportamientos del marido) como capacidad personal y económica para manejar el tratamiento (traslados, etc.).

Viñeta 3

L., paciente varón, de 35 años, casado, con dos hijos. Buena pareja, con la que comparten muchas cosas; bien en su trabajo, maneja su pequeña empresa. Es inteligente y con iniciativa. Consulta porque se siente cansado, desmotivado, le cuesta levantarse, ha disminuido su interés sexual. Esto sucede desde hace un año, coincidiendo con la muerte del padre. Pero no hay angustia ni conflictos evidentes en la relación con él. Anteriormente había pasado por etapas similares, y había realizado consultas psicológicas pero nunca se trató más que de unos meses porque no le sirvió. Siente que le falta algo, "una hormona o algo así".

Personalidad previa: activo, deportista, con muchas inquietudes. Excelente evolución (cuatro años de seguimiento) solamente con medio comprimido de fluoxetina por día.

Criterios:

1. Intensidad y urgencia leve a moderado.

2. Le atribuye significado biológico (*le falta una hormona o algo así*).

3. Presenta drama a la luz de la llamativa coincidencia entre historia y sintomatología.

4. Si consideramos que presenta drama, no parece claro que muestre capacidad psicológica al respecto.

5. Actitud activa, el paciente consultó en otras oportunidades en busca de una solución a su malestar recurrente.

6. Ideología: no encuentra lesivo para su autonomía un tratamiento de ningún tipo, tampoco consideraciones sobre toxicidad.

7. Los fracasos previos de psicoterapia y el análisis conjunto de los criterios antedichos llevan a suponer que es más eficiente en sentido amplio un tratamiento puramente farmacológico*.

Viñeta 4

Paciente mujer, de 25 años, consulta con llanto, desgano, pérdida de las ganas de vivir, no puede hacer las cosas de la casa.

Se casó hace cuatro meses y duda si no fue un error, porque piensa mucho en un novio anterior.

Proviene de una familia de cuatro hermanos, fue la única que nunca tuvo rebeldías con la madre, personalidad muy fuerte que llevó adelante a la familia durante décadas (económicamente, en decisiones, etc.) desde que al padre de la paciente se le declaró una ciclotimia. La personalidad previa no evidencia patología.

Rompe a llorar cuando habla de la madre, de su cuarto de soltera que extraña, de su lugar en la familia, siempre tan cercano a la madre, era su gran aliada y compañera. Se explaya sobre este gran cambio que es aprender a vivir sin estar junto a ella, y llora mucho. Tiene miedo de tener lo mismo que el padre, pregunta (aparentemente a instancias de la madre) si a ella no

* Podríamos invertir la argumentación y decir que si tiene capacidad psicológica y su juicio sobre la cuestión es válido, entonces no tenía drama y la coincidencia es solo eso.

la ayudaría una medicación.

Se le explica que no tiene nada que ver con lo del padre, se la toma en psicoterapia y no se la medica. Reacciona con alivio. Evoluciona bien trabajando sobre la idea central de "sin mamá no puedo".

Criterios

1. Urgencia entre moderada y alta.

2. Significado preponderantemente biológico pero abierto a otras atribuciones.

3. Presenta claramente drama (relación de sintomatología con evolución de la relación con la madre).

4. Tiene capacidad psicológica, Ante intervenciones del terapeuta resignifica con relativa facilidad su padecimiento.

5. No está claro en el texto, aunque parecería pasiva.

6. Su ideología no le complica aceptar cualquier indicación que se le dé.

7. La presencia clara de drama y capacidad psicológica sugieren que se beneficiará con psicoterapia. Podría pensarse en una medicación, dado el nivel de urgencia, el significado biológico y la relativa pasividad. Sin embargo, esto no se hizo porque implicaría reforzar la conexión con el padre enfermo, en una línea divergente con la resignificación psicoterapéutica. Al no medicarla, se reforzó la idea de que el problema era la conexión con la mamá, y no la herencia paterna. Si no hubiese funcionado, podría haberse medicado luego y cambiar la reformulación central.

Viñeta 5

G., paciente de 28 años, casada, dos hijos, traída por la madre con depresión, semimutismo, descenso de peso de 10 kg en poco más de un mes, trastornos del sueño e ideas de suicidio. Hay un desencadenante claro, que es el descubrimiento de infidelidad del marido y comienzo de un proceso de separación. Anteriormente había habido numerosas evidencias de la existencia de otras mujeres (hallazgo de una carta en la billetera de él, etc); ella le pedía explicaciones al marido y las aceptaba rápidamente aunque fuesen inconsistentes.

Personalidad previa: tímida, indecisa, insegura. Era "la tonta pero linda" de la familia. El marido fue su único novio, desde la adolescencia. Casi sin vida social independiente del marido. Desde que terminó la secundaria no estudió ni trabajó. Autoestima muy baja, desde antes de este episodio.

Antecedentes familiares múltiples y graves de trastornos del ánimo (internaciones, TEC).

Evolucionó bien en un proceso de franco crecimiento, se separó, hizo otra pareja. Sus cambios en el sentido de la autoafirmación e independencia, y la remisión mantenida durante el tratamiento de continuación indicaban que probablemente no necesitara un tratamiento de mantenimiento a largo plazo. Contradiendo este pronóstico, al año de suspender el antidepresivo tuvo una recaída grave que remitió muy bien cuando se reinstaló el medicamento. Por decisión conjunta se dio por terminada la psicoterapia, pero continúa con el antidepresivo hace unos cuatro años y evoluciona bien.

Criterios

1. Intensidad y urgencia: altas.
2. Significado preponderantemente psicológico, pero abierto a otras atribuciones, pues la familia reconoce que porta una predisposición a trastornos del ánimo.
3. Drama: presente (afrontamiento de infidelidad).
4. Capacidad psicológica: presente, comprendía y se beneficia-

ba de las intervenciones del profesional.

5. Actitud: medianamente pasiva, que no obstante fue tornándose más activa durante la terapia.

6. Ideología: no constituyó un obstáculo para la psicoterapia ni la farmacoterapia.

7. La paciente no había tenido tratamiento alguno hasta su descompensación. La presencia de drama y capacidad psicológica sugieren la conveniencia de psicoterapia, mientras que la intensidad de los síntomas, la urgencia de la demanda y antecedentes familiares hacen recomendable la medicación. Es de destacar que los logros obtenidos en la terapia no pudieron impedir la recurrencia al suspender el antidepresivo, lo que obligó a reinstaurarlo a largo plazo, no volviendo a aparecer recidivas. Este resultado permitió el despliegue de los recursos adquiridos en la psicoterapia.

Síntesis y conclusiones

Los estudios sobre las ventajas de combinar psicoterapia y psicofármacos en el tratamiento de problemas con síntomas de ansiedad o trastornos del ánimo ofrecen resultados contradictorios. La práctica de combinar ambos tratamientos, sin embargo, está muy difundida. En nuestra opinión, existen casos en los que es preferible utilizar solamente medicación, otros en los que es preferible optar por la psicoterapia y finalmente otros en los

que la combinación de recursos es lo apropiado. En general, lo que se busca en esa combinación es un efecto de *habilitación*, cuando la utilización de un recurso hace posible la aplicación del otro, de *aditividad* cuando se busca que los efectos de ambos recursos se sumen, o de *potenciación*, cuando los efectos de un recurso amplifican los del otro.

En el análisis de cada situación, el clínico puede utilizar sistemáticamente siete criterios como guía para usar uno de ambos recursos o su combinación. Ellos son:

1. intensidad y urgencia del problema;
2. significado atribuido al motivo de consulta;
3. presencia o ausencia de drama;
4. capacidades psicológicas del paciente o consultante;
5. actitud activa o pasiva;
6. ideología, entendida como rechazo específico por uno de esos recursos;
7. relación entre costos en sentido amplio (esfuerzos, posible dependencia etc.) y resultado obtenible.

La consideración de cada uno de estos parámetros puede llevar a la utilización de uno de estos recursos, o ambos. Es la configuración del conjunto, sin embargo, la que determinará finalmente la elección de la estrategia apropiada, como esperamos haber demostrado en el análisis de las cinco viñetas clínicas que ofrecimos ■

Referencias bibliográficas

1. Abramovitz, J. S., (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *J. of Clinical and Consulting Psychology*. 65, 44-52.
2. Beitman, B., (1993). Pharmacotherapy and the stages of psychotherapeutic change. En *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*. Volume 12. Editado por Oldham J. M., Riba M. B., Tasman A. Washington, American Psychiatric Press. (pp.521-540)
3. Beitman, B. D. y Klerman, G. L., (1991). *Integrating pharmacotherapy and psychotherapy*. Washington, American Psychiatric Press.
4. Beutler, L. E., Barchas, J. D. y Marzuk, P. M., (1996). The contribution of psychotherapy and pharmacotherapy research to National Mental Health Care. *Archives of General Psychiatry*: 53, 670-672.
5. Di Mascio, A. et al., Differential symptom reduction by drugs and psychotherapy in acute depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 36:1450-1456, 1979.
6. Feldman L. B., Feldman S. L., (Eds.) Integrating psychotherapy and pharmacotherapy. In *Session*, Vol.3, No.2 (1997).
7. Hollon, S. D., y Beck, A. T., (1994). Cognitive and cognitive behavioral therapies. En A. E. Bergin y S. L. Garfield, *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York, Wiley. (428-466)
8. Klerman, G. L., et al. (1994). Medication and psychotherapy. En A. E. Bergin y S. L. Garfield, *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York, Wiley (pp.428-466)
9. Kupfer, D. J., Frank E., Relapse in recurrent unipolar depression. *Am. J. Psychiatry* 144:86-88, 1987.
10. Mavissakalian, M. R., (1993). Combined behavioral and pharmacological treatment of anxiety disorders. En *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*. Volume 12. Editado por Oldham J.M., Riba MB y Tasman A. Washington, *American Psychiatric Press* (pp.565-584)
11. Riba, M. B., Balon, R., Psychopharmacology and psychotherapy. A collaborative approach. *American Psychiatric Press*, Washington, 1999.

Tratamiento del deterioro cognitivo en alcohólicos

Estudio doble ciego

Edith Serfaty, Leonardo Dugadkin, Alicia Masautis

Tindom atención domiciliaria, Paraguay 1190, Buenos Aires, 1425, Argentina. Tel./Fax: 54-011-4816-2606

En estudios efectuados por el Centro de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina (CIE-ANM), en 5.498 jóvenes varones residentes en varias provincias de Argentina –obtenidos mediante muestras probabilísticas de población general– se detectó que el 60% de ellos consumían bebidas alcohólicas (más de 2 vasos juntos de cerveza, whisky, vino, grapa, fuera de las comidas), durante los fines de semana y que aproximadamente el 4% de ellos bebían todos los días(1) (Cuadro 1).

En otro estudio efectuado en el CIE-ANM, se compararon los consumos de alcohol referidos por 1.923 varones de 18 años en 1988 y por 1.019 habitantes en 1992 (de la Ciudad de Buenos Aires), detectándose un incremento del



Resumen

Entre los efectos que produce el uso prolongado de alcohol, se encuentran las alteraciones cognitivas, que se traducen en una disminución en el rendimiento. **Objetivo:** estudiar los posibles efectos benéficos del aniracetam sobre las alteraciones cognitivas en 30 pacientes, ambos sexos, de 18 a 50 años, luego de la desintoxicación por uso continuado de alcohol. **Material y Métodos:** se diseñó un estudio doble ciego, randomizando a los pacientes en forma aleatoria en dos grupos. Unos recibieron aniracetam (1.500 mg/día) y otros placebo. Se descartaron patologías demenciales, depresivas o de ansiedad, a través de los test de Hachiski, Minimental Folstein, Hamilton para depresión y ansiedad. Se efectuó el control evolutivo mensual de la atención y memoria con los Test de Toulouse y Rey. **Resultados:** Se detectó una diferencia de porcentajes en los 6 meses de tratamiento: En la atención, con el Test de Toulouse de -17,65% para los que recibían Aniracetam y 1,70% para los que recibían placebo. En la memoria, con el Test de Rey, la diferencia fue del 54,2% y -5,34% respectivamente para los que recibían Aniracetam y placebo. Estos hallazgos demuestran la efectividad del Aniracetam y la reversibilidad del deterioro cognitivo producido por el consumo de alcohol.

Palabras clave: Alcoholismo – Aniracetam – Drogas nootrópicas – Trastornos cognitivos.

TREATMENT OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN ALCOHOLICS PATIENTS. DOUBLE BLIND TRIAL

Summary

Cognitive decay is one of the effects produced by the chronic use of alcohol, resulting in a impairment of patient's performance. **Aim:** to study the possible beneficent effects of aniracetam after alcoholic detoxification in a group of 30 alcoholic patients, both sexes, aged 18-50 years, with cognitive disorders. **Resources and Methods:** a double blind study was designed, comparing the cognitive efficiency of two groups of patients, one receiving aniracetam and the other receiving placebo. Dementias, depression and anxiety were discarded with Hachinsky, Minimental Folstein and Hamilton Tests. **Results:** differences in the percentages obtained after six months treatment were found. The results of Toulouse Test for Attention was -17,65% for aniracetam group and 1,7% for placebo group, and in Rey Test for Memory the difference was 54,2 and -5,4% respectively. These results have shown the efficacy of aniracetam in treatment of cognitive decay and the reversion of this disorder.

Key Words: Alcoholism – Aniracetam – Nootropics drugs – Cognitive disorders.

consumo diario y de los fines de semana(2) (Cuadro 2).

El abuso de alcohol está vinculado con alteraciones en el rendimiento escolar y laboral; con el cuidado de los hijos y con las responsabilidades de la conducción del hogar. El abuso de alcohol también puede ocasionar accidentes cuando se utilizan maquinarias de cierto riesgo en el trabajo, o cuando se conducen vehículos particulares o de pasajeros. A pesar de las consecuencias negativas del abuso de alcohol: conflictos familiares, laborales, abuso sexual, conductas violentas, las personas que sufren dependencia, continúan abusando.

Se efectúa el diagnóstico de dependencia alcohólica, cuando a los problemas antes descriptos se agregan fenómenos de tolerancia, abstinencia, o actitud compulsiva para beber alcohol, de acuerdo a los criterios del DSM IV(3).

Se entiende por tolerancia, a la necesidad de incrementar la cantidad de alcohol a ingerir para lograr los mismos efectos.

La abstinencia es un cambio en la conducta con trastornos fisiológicos y cognitivos que ocurre cuando, en un individuo acostumbrado a consumir importantes cantidades, las concentraciones de alcohol en la sangre disminuyen. Entonces, la persona necesita controlar la cantidad de alcohol a tomar para calmar estos síntomas.

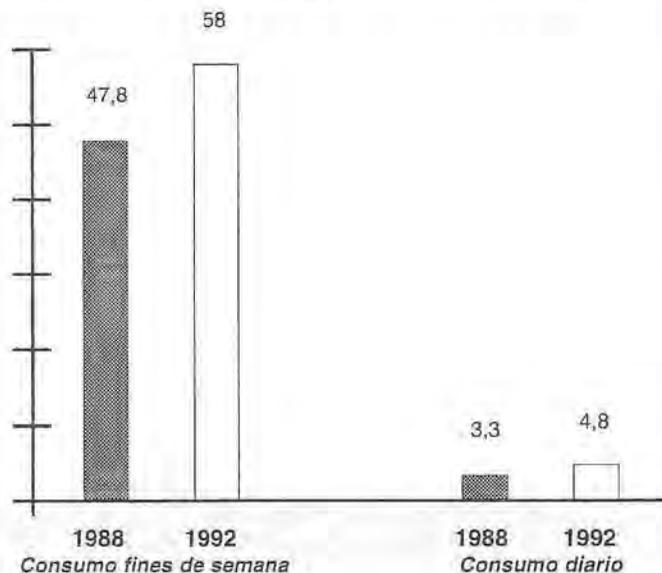
El consumo compulsivo de una sustancia significa que no puede controlar la cantidad a consumir; sabiendo que sólo puede tomar un vaso de vino, continúa con el consumo en forma impulsiva.

La dependencia ocurre cuando varias actividades diarias están referidas al consumo de alcohol y las mismas reemplazan actividades o momentos a compartir con la familia, en la realización de deportes, etc. Se continúa con el consumo a pesar de los problemas que le ocasiona.

Criterios de diagnóstico de dependencia al alcohol (DSM IV)(3)

Está constituido por ciertas conductas referidas al uso de alcohol y que causan significativo dis-

Cuadro 2
Comparación de frecuencia de consumo individual de alcohol en 1988 y 1992, en la Ciudad de Bs. Aires



Fuente: CIE-Acad. Nac. Medicina.

trés y la presencia de tres o más de los siguientes criterios, al mismo tiempo y en un período de 12 meses:

1. Tolerancia.
2. Abstinencia.
3. Ingestión de alcohol en grandes cantidades o durante períodos prolongados.
4. Persistente deseo o fallidos esfuerzos para cortar la dependencia.
5. Una gran parte del tiempo es utilizado en actividades para obtener el alcohol.
6. Una importante parte de la actividad social, ocupacional, o recreacional, están suspendidas o reducidas, a causa del consumo de alcohol.
7. El consumo continúa a pesar de tener persistentes o recurrentes problemas físicos o psíquicos, ocasionados o exacerbados por el alcohol.

Curso de la enfermedad

Generalmente el consumo de alcohol comienza en la adolescencia o juventud temprana. Los trastornos clínicos referidos a este

consumo ocurren a partir de los 30 años luego de un tiempo prolongado de consumo de alcohol.

El consumo de alcohol se caracteriza por tener períodos de remisión y de exacerbación. Según estudios efectuados en USA, el 65% de las personas abusadoras de alcohol han tenido buen pronóstico (luego de un año de abstinencia), mientras que el 20% han tenido largos períodos de sobriedad aún sin tratamiento(4).

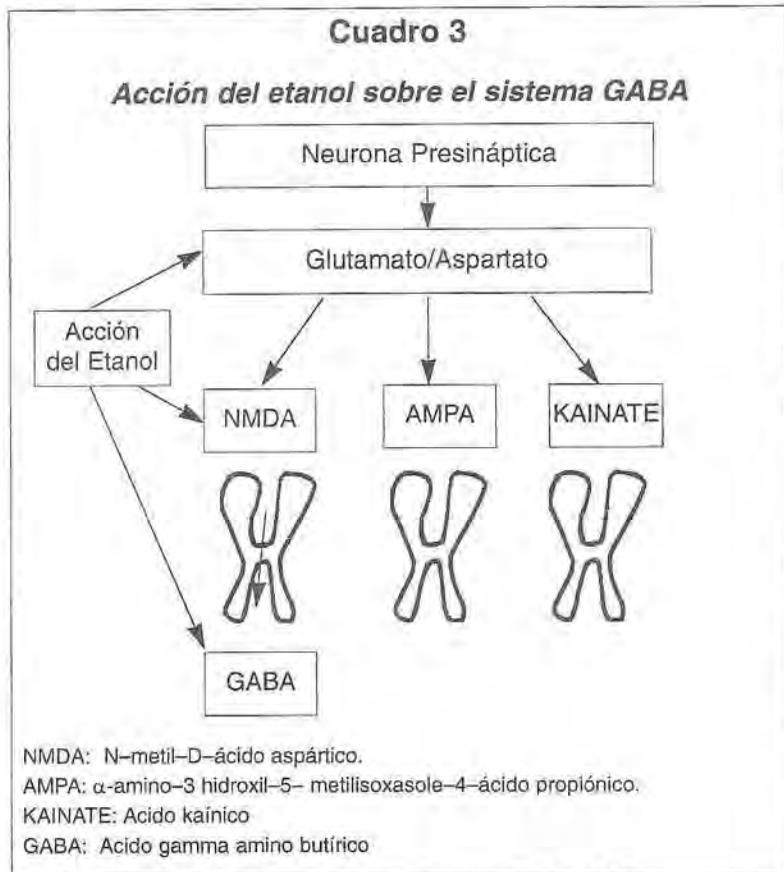
Altas concentraciones de alcohol en sangre (200 a 300 mg/dl) ocasionan sueño profundo y el comienzo de un estado de anestesia; a dosis más altas (de 300 a 400 mg/dl) pueden ocasionar inhibición de la respiración y aún la muerte.

El consumo crónico de alcohol puede ocasionar trastornos cognitivos. Estas alteraciones de la memoria pueden ocurrir aisladamente, o acompañar a síndromes demenciales. Las alteraciones cognitivas pueden persistir en algunas personas luego de largos períodos de abstinencia. Es habitual encontrar, en las personas que consumen alcohol en forma continuada, trastornos neurológicos tales

como la neuropatía periférica, ataxia cerebelosa y miopatías. Las personas con este trastorno generalmente tienen historias de muchos años de alcoholismo.

Criterios de diagnóstico para el síndrome amnésico inducido por el alcohol (Según los criterios del DSM IV)(3)

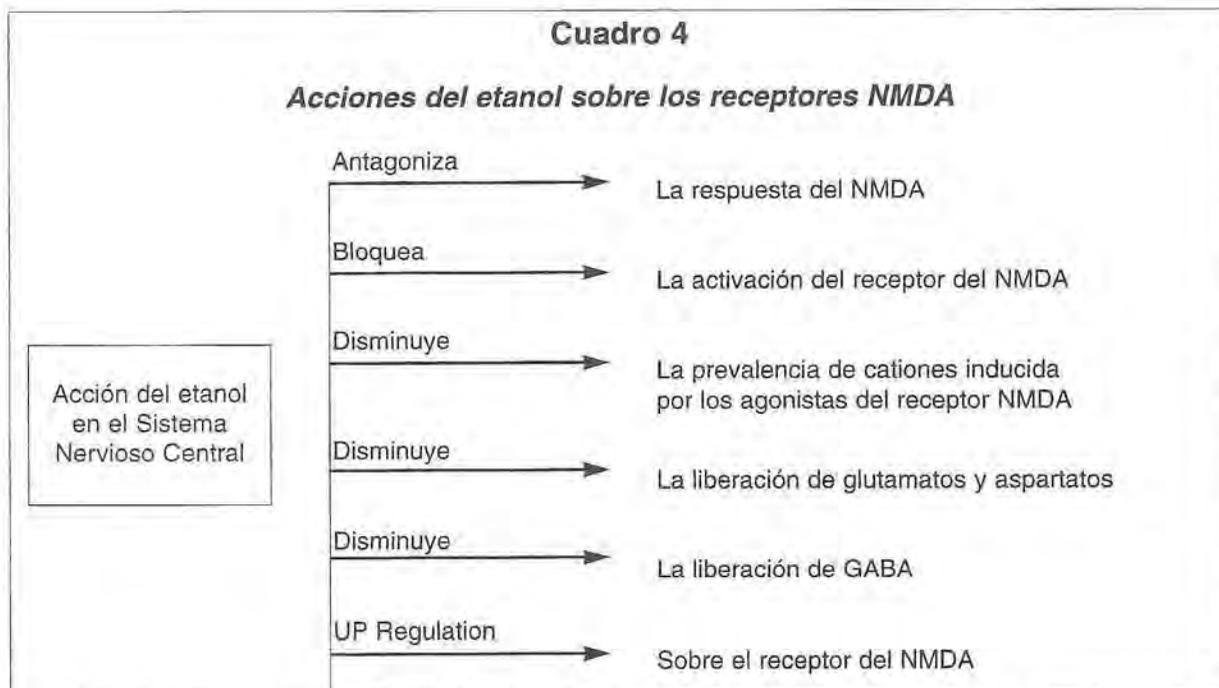
1. El desarrollo del trastorno de la memoria se manifiesta por una alteración en la habilidad para conocer nueva información, o recordar información previamente aprendida.
 2. El trastorno de memoria causa dificultades en el funcionamiento social u ocupacional y representa una disminución respecto al nivel de funcionamiento previo.
 3. El trastorno de memoria no ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio o demencia, y persiste más que lo usual luego de la abstinencia.
 4. Existe evidencia de que el trastorno de memoria está etiológicamente relacionado con el uso persistente de alcohol (historia clínica, examen físico o de laboratorio).
- Este consumo de alcohol se encuentra vinculado a la primera causa de muerte entre los jóvenes: los accidentes.



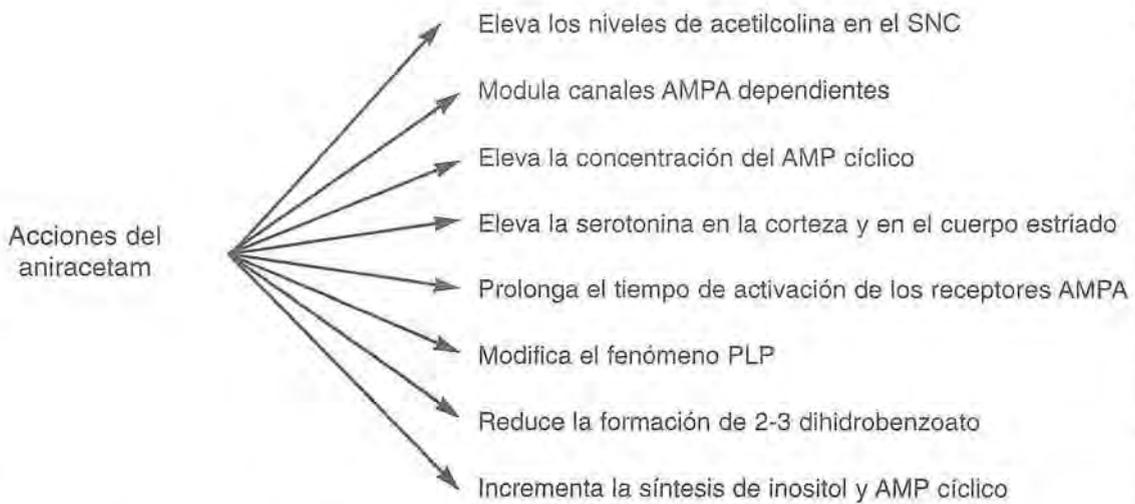
La atención y la memoria usan glutamatos como neurotransmisores en las principales neuronas del circuito del hipocampo.

El alcohol produce alteraciones cognitivas ya que afecta la activa-

ción de los receptores NMDA, a través de varios mecanismos. También puede restringir la liberación de glutamato y del aspartato en el Sistema Nervioso Central(5) (Cuadros 3 y 4).



Cuadro 5



La mayoría de las sinapsis en el Sistema Nervioso Central utilizan al ácido glutámico como neurotransmisor. Éste reconoce estructuras específicas situadas en la célula target. Pero estos receptores no sólo median la transmisión normal de información, sino que participan también en la maduración de las conexiones como en el crecimiento y estructuración neuronal.

El glutamato tiene las funciones de neurotransmisor y de factor neurotrófico.

Además de la activación de algunos receptores, el glutamato puede conducir a la generación de verdaderos fenómenos plásticos perdurables, como ocurre con la variación –por uso reiterado– de la eficacia sináptica. Este fenómeno es la base celular de los procesos de aprendizaje. Ahora bien, la sobreexcitación de los receptores glutamatérgicos puede también desencadenar procesos degenerativos e inducir la muerte neuronal. Esto significa que los mismos mecanismos fisiológicos indebidamente utilizados pueden provocar un daño irreparable de los elementos neuronales. Entender la naturaleza y la función de los receptores al glutamato constituye uno de los desafíos de la neurobiología.

Una forma de contribuir al tratamiento de las alteraciones cognitivas producidas por el abuso continuo de alcohol, se logra a tra-

vés de las sustancias nootrópicas, que sobre los receptores glutamatérgicos AMPA-dependientes, modulan su respuesta y reducen la formación de 2, 3 dihidrobenzoato, que es un metabolito tóxico que se desarrolla durante la perfusión del alcohol.

Después de hacer un tratamiento de desintoxicación alcohólica, y una vez que la abstinencia se concretó, es necesario el tratamiento de las secuelas cognitivas derivadas del abuso de alcohol.

Dentro de las sustancias nootrópicas utilizadas en esta problemática se encuentra el aniracetam, que es una molécula perteneciente a las familias de las pirrolinonas

En experimentación en ratas, la molécula, así como su metabolito (N-anisoyl-GABA), actúan tanto en la excitación como en la inhibición, lo que se traduce en un aumento de la efectividad neuronal.

En el Sistema Nervioso Central:

- Eleva los niveles hipotalámicos y corticales de la acetilcolina(5).

- Bloquea el efecto amnésico de la escopolamina, bicucullina y el hemicolinu –3–.

- Eleva el contenido de serotonina en corteza cerebral y cuerpo estriado y desciende los niveles de serotonina en el hipotálamo(8).

- Modifica el fenómeno PLP, vinculado al aprendizaje. El aniracetam retarda el cierre del canal ionotropo AMPA dependiente,

prolonga la entrada del calcio iónico y potencia la respuesta facilitando el aprendizaje(9)

Su empleo experimental y clínico ha demostrado que mejora la actividad cognitiva activando el aprendizaje y la memoria, desarrollando neuroprotección(6, 7).

La actividad terapéutica está ligada con su capacidad para elevar los niveles hipotalámicos y corticales de acetilcolina(5); desarrolla una acción moduladora sobre los canales ionotrópicos glutamatérgicos AMPA-dependientes en el hipotálamo, el cerebelo y la corteza cerebral (6). Asimismo eleva la concentración neuronal del AMP-cíclico(7) (Cuadro 5).

Objetivos de la investigación

Estudiar los posibles efectos beneficiosos del aniracetam en pacientes de 18 a 50 años alcohólicos, luego del período de abstinencia y que manifiesten trastornos cognitivos.

Material y métodos

Se diseñó un estudio doble ciego, comparando el desarrollo cognitivo de 30 pacientes, después de la desintoxicación del consumo de alcohol, que recibían aniracetam o placebo. El estudio duró 6 meses.

Métodos

Antes del tratamiento los pacientes fueron randomizados de manera aleatoria en dos grupos, A y B.

Un grupo recibió placebo y el otro aniracetam.

No fue admitida ninguna medicación concomitante, con la excepción de los antidepresivos, antibióticos, analgésicos, vitaminas y minerales.

Los pacientes efectuaron un consentimiento por escrito para participar en este estudio.

Criterios de admisión y de exclusión

Ingresaron al estudio pacientes adultos de ambos sexos entre 18 y 50 años de edad.

Fueron excluidos de este estudio: los afectados por otra adicción, los enfermos de cáncer, los afectados por discrasias sanguíneas y disendocrinias, los afectados por demencias, depresión severa, trastornos de ansiedad y secuelas de accidentes cerebrovasculares recientes (último año); los incapacitados por insuficiencia cardíaca grado 4 y arritmia grave, los diabéticos insulnodependientes descompensados, los pacientes con hipersensibilidad al aniracetam y los que no cumplimentaran las exigencias del control médico o exhibieran una patología psiquiátrica concomitante.

Control evolutivo

A

Al inicio del tratamiento se les efectuaron a todos los pacientes un examen clínico y una entrevista psiquiátrica. También se les administraron las siguientes pruebas psicológicas:

- Test de Hamilton para depresión.
- Test de Hamilton para ansiedad.
- Test de Hachinski.
- Minimental Folstein, modificado.

Test de Hamilton para depresión(10).

Es una escala para evaluar la

presencia y severidad de la depresión. Es utilizada internacionalmente y los puntos de corte son 0-7 no depresión, 8-14 depresión menor, y 15 o más moderada a severa.

Test de Hamilton para ansiedad(11)

Es una de las más utilizadas, contiene síntomas de depresión y de ansiedad. Provee información para diagnosticar el trastorno por ansiedad generalizado.

Test de Hachinski(12)

Es una lista de signos clínicos que distinguen las demencias degenerativas de las debidas a multifactor.

Minimental Folstein(13)

Explora los aspectos cognitivos de la función mental. Contiene 11 ítems. La primera parte incluye respuestas verbales a preguntas de orientación, atención y memoria. La segunda parte tiene comandos verbales y escritos. El score máximo es de 30. Un score de 23 puntos mide trastornos cognitivos en pies de nivel educativo medio a alto(10).

Estas pruebas permitieron descartar:

1. los pacientes depresivos severos.
2. con trastornos de ansiedad.
3. con déficit cognitivo de origen vascular.
4. con demencias.

B

Al término de cada uno de los cinco meses siguientes, se realizó:

Entrevista personal.

Test de Rey(14) o de las 15 palabras, que consiste en que el paciente lea y repita 15 sustantivos comunes, siendo instado a repetir lo que recuerde. Este intento se repite cinco veces. Luego se le agrega una lista de interferencia de otros 15 nombres, seguido de un recuerdo libre de éstos. En el siguiente paso, y 20 minutos después, los participantes deben recordar la primera lista.

Test de Toulouse (mide atención).

Evaluación de efectos adversos.

C

A cada paciente se le administró, durante las dos primeras semanas de tratamiento, un comprimido diario de 750 mg de aniracetam o placebo, después del desayuno.

A partir de ese momento y hasta completar los 6 meses de tratamiento se administraron 2 comprimidos diarios, uno con el desayuno y otro con la merienda, todos los días.

Análisis estadístico

Con el Test de Rey se obtuvieron scores promedio basales -para la repetición de palabras de la primera vez- de 5,8 (SD 1.2), es decir levemente por debajo del nivel dado estándar para las edades de 20 a 50 años, que varían entre 8,4 y 6,4. Al repetir la lista, luego de la de distracción y que mide memoria de retención, se obtuvo un promedio basal de 9,2 (ligera-mente inferior al normal para el grupo de edad) que oscila entre 10,6 y 10,5.

Se efectuaron las diferencias de porcentajes de las palabras retenidas en el Test de Rey inmediato y de retención entre el segundo mes y el primero y así sucesivamente, siendo las diferencias obtenidas estadísticamente significativas (p<0.01).

Resultados

Fueron estudiados 30 pacientes a los fines de incluirlos en el estudio.

De ellos fueron descartados:

1 paciente por estar embarazada,

2 pacientes varones de 60 y 65 años que reunían los criterios de demencias,

1 paciente que abandonó el tratamiento durante el tercer mes, ya que se trasladó a vivir a otra ciudad,

1 paciente que sufrió una depresión grave por fallecimiento de un familiar, por lo que se lo separó del tratamiento y

1 que recayó en su alcoholismo.

Comenzaron y terminaron el tratamiento 24 pacientes. De ellos 14 recibieron aniracetam y 12 placebo. Los promedios de edades y sexo fueron los que se muestran

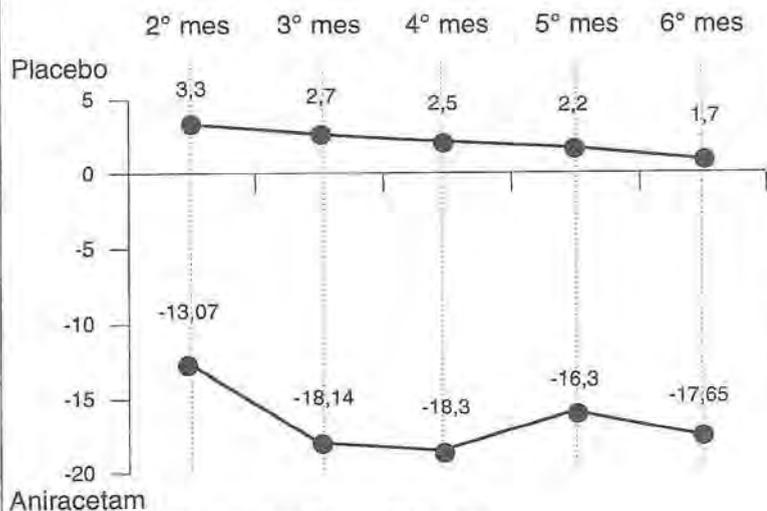
Cuadro 6
Promedio de edades y sexo

Sexo	Total	19-24	25-30	31-36	37-41	42-47	48 y más
Masculino	12	4	3	2	–	2	1
Femenino	14	2	2	4	3	3	–

Cuadro 7
Nivel de escolaridad alcanzado

Nivel alcanzado		%
Estudios secundarios	12	42
Estudios universitarios incompletos	5	21
Estudios universitarios completos	9	37

Gráfico N° 1
Evolución de la atención en casos y controles de acuerdo al test de Toulouse (Diferencia de porcentajes de tratamiento)



Las variaciones, medidas con el Test de Diferencias, fueron significativas al 99% ($p < 0.01$).

en el Cuadro 6.

Con respecto a los años de escolarización, un 42% había estudiado durante 12 años (escuela secundaria completa), un 21% había tenido estudios universitarios y el resto continuaba con cursos de post-gradó después de sus estudios universitarios (Cuadro 7).

Todos los pacientes consultaban por dificultades en la atención y memoria y tenían antecedentes de consumo diario de alcohol.

A fin de interpretar los resultados, cabe destacar que el nivel de instrucción mínimo de los pacientes fue el secundario y que la mitad de ellos eran universitarios.

No se detectaron efectos adversos a la medicación durante el tratamiento.

Las variaciones observadas en los pacientes con el Test de Toulouse y el de Rey se detallan en los Gráficos N° 1 y 2.

La cantidad de errores producidos en el Test de Toulouse, por los pacientes que recibieron aniracetam se redujo sensiblemente a los 6 meses, comparado con aquellos que recibieron placebo.

La memoria mejoró sensiblemente (en cuanto a cantidad de palabras retenidas en el momento y a los 20 minutos, con el Test de Rey) entre aquellos que recibieron Aniracetam, mientras que en el grupo control el rendimiento mnésico se mantuvo estable.

Discusión

A través de la evolución observada en este estudio, se detectó un incremento en la atención y memoria de aquellos pacientes que recibieron un nootrópico –aniracetam– comparado con los que sólo recibieron placebo. El término nootrópico se refiere a un grupo de

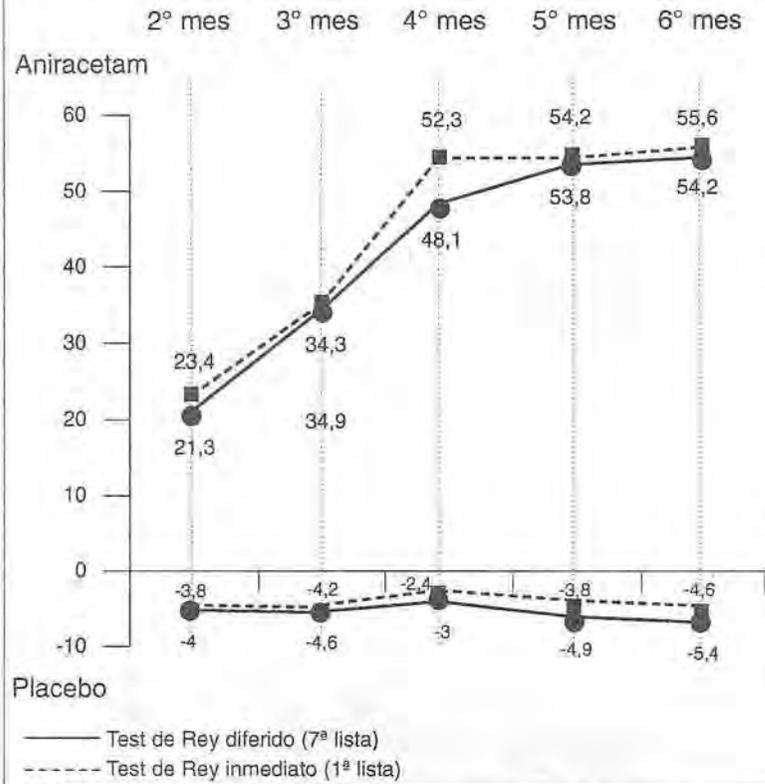
moléculas que son efectivas en restaurar una actividad deficiente del Sistema Nervioso Central sin afectar las funciones subcorticales.

Se detectó un mejoramiento de la atención, significativo estadísticamente, medido a través del Test de Toulouse, con el que se observó una disminución de los errores cometidos y un aumento de los aciertos entre los que recibieron aniracetam.

La memoria experimentó una mejoría entre los que recibieron aniracetam, tanto en la memoria reciente como en la retrógrada, medida con el Test de Rey. Si bien los valores basales obtenidos fueron ligeramente inferiores a los normales, lo que indicó un deterioro previo leve de la memoria, la misma se incrementó significativamente luego de la administración de aniracetam, alcanzando rendimientos superiores al término de los 6 meses de tratamiento. Estas observaciones fueron corroboradas con la clínica, ya que entre aquellos que recibían aniracetam, varios retomaron sus estudios, otros lograron una mejor performance tanto en los estudios como en el trabajo, que se tradujeron en un incremento de la autoestima.

Estas conclusiones coinciden con estudios efectuados en Rusia acerca del efecto de los nootrópicos sobre desórdenes mentales debidos al alcoholismo(14).

Gráfico N° 2
Evolución de la memoria de acuerdo al test de Rey
(Diferencia de porcentajes entre el 1° al 6° mes)

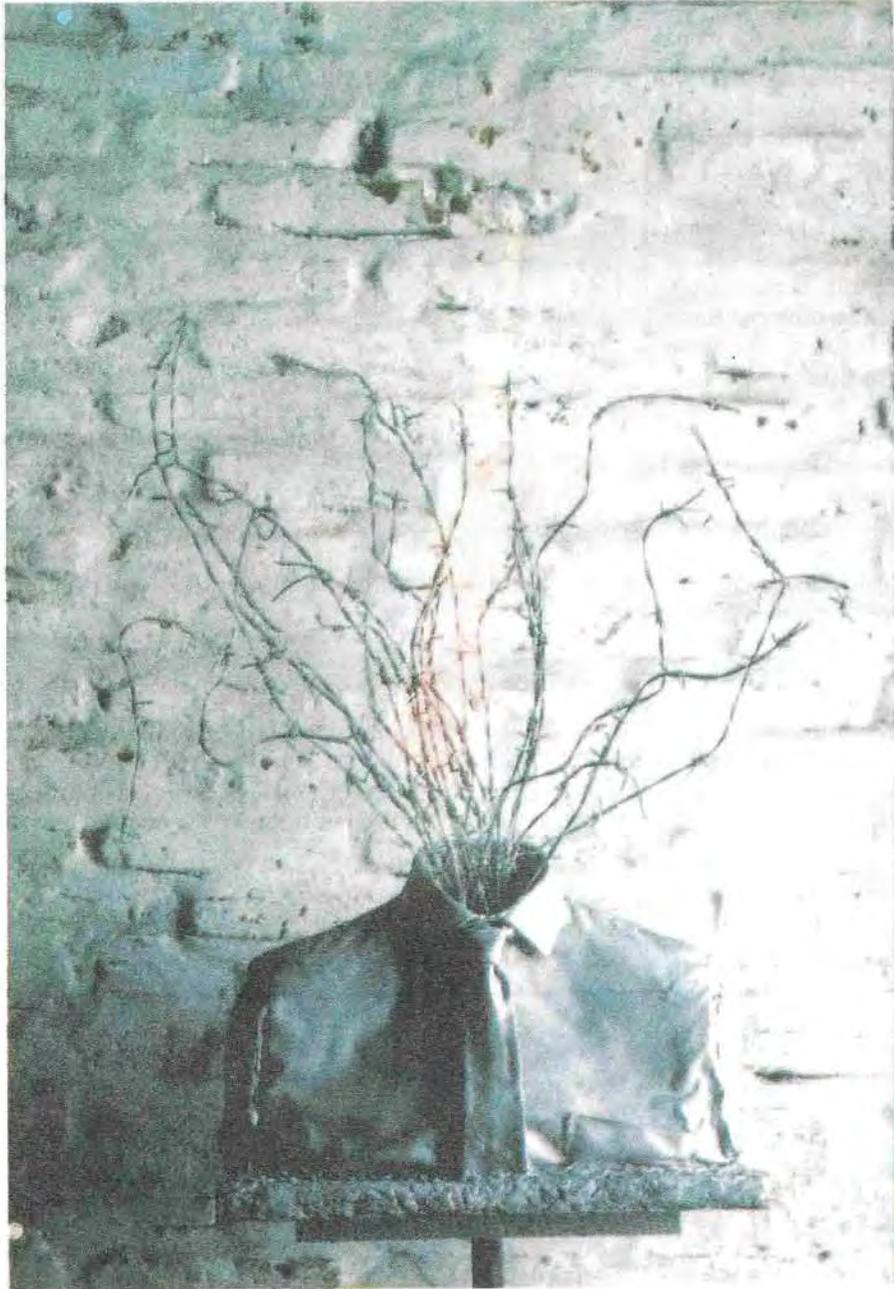


Los hallazgos de esta investigación llevan implícitos dos aspectos: por un lado se demuestra la eficacia del aniracetam en el trata-

miento de las alteraciones cognitivas y por otro la reversibilidad del deterioro producido en ese nivel, por el consumo de alcohol ■

Referencias bibliográficas

1. Serfaty, E. y col., Consumo de tabaco, alcohol, marihuana, cocaína en 9 regiones de Argentina, *Rev. Acmeón* (en prensa).
2. Serfaty, E. y col., Consumo de tabaco, alcohol, marihuana y cocaína en varones de 18 años de la Ciudad de Buenos Aires, Estudio compartido 1988-1992, *Bol., Academia Nacional de Medicina*, vol. 73,1995, 605:615.
3. Diagnostic Statistical Manual for Mental Disorders, *Am. Psych. Association*, 1994.
4. Ito, I. y col., Allosteric potentiation of quisqualato receptor by a nootropic drug. *Aniracetam. J. Pshysiol.* 1990, 424; 533-543.
5. Triggler, D. J. y col., *Comprehensive medical Chemistry*. Vol 3. Elsevier Science/Pergamon Press, Oxford, 1990, 1086-1088.
6. Ito, I. y col., Allosteric potentiation of quisqualato receptor by a nootropic drug. *Aniracetam. J. Pshysiol.* 1990, 424; 533-543.
7. Spignoli, G. y col., Interactions between oxiracetam, aniracetam and scopolamine receptors on behaviour and brain acetilcoline and amnesia. *Pharmacol. Biochem. Behav.*, 1987, 27; 491-495.
8. Hall, E. et al., Facilitatory effects of piracetam on excitability of motor nerve animals and neuromuscular transmissions.
9. Jamicke, B. et al., Changes in motor activity with age and the effects on pharmacologic treatment. *Exp. gerontol.*, 1984, 19, 321-28.
10. Hamilton, M., Development of a rating scale for primary depressive illness, *J. Neurolog. Psychiat.*, 1960, 23, 65:62.
11. Hamilton, M., Diagnosis and rating of anxiety, *Brit. J. Psych.*, 1969, N°3, 76:79.
12. Hachinsky, V. et al., Cerebral blood flow and dementia, *Arch. Neurol.*, 1975, 32, 632-7.
13. Kokmen, E. et al., The short test of Mental Status correlation with standardized psychometric testing, *Arch. Neurolog.*, 1991, 48 725-28.
14. Shabanov, P. et al., Nootropic agents for treating memory disorders in chronic alcoholism. *Klin. Med.*, (MOSK) 1988, 66, 114-116.



Gerardo Feldstein
"Homenaje a Antonin Artaud"
Técnica Mixta
1999



Agresividad y Violencia

Coordinadores *Gabriela Silvia Jufe, Martín Nemirovsky y Dalia Szulik*

E

l presente Dossier intenta abordar fenómenos por demás complejos, con los cuales nos encontramos cotidianamente: la agresividad y la violencia. Polisémicos, difíciles –por ende– de definir, esas manifestaciones propias a la conducta humana parecen tener una mayor expresión en la sociedad contemporánea desmintiendo los anuncios de optimistas de su extinción lanzados por la modernidad. Por el contrario, la agresividad en la competencia entre los hombres se ha incrementado, y hasta fomentado, desde cierto ideal del éxito social, y la violencia se ha ido agudizando merced a la profundización de los procesos de exclusión basados en las crecientes desigualdades sociales y el empobrecimiento de amplios segmentos de la población. Nuestro país ha sufrido, y sufre, en toda su intensidad ese fenómeno. También en el resto del mundo se observa una proliferación de estas condiciones sociales y un incremento de la violencia. Tratar de entenderla, explicarla, nos obliga a un abordaje multidisciplinario que incluya en el análisis múltiples factores: de clase, étnico-culturales, de género, económicos, políticos, nacionales y transnacionales.

En el campo específico de la psiquiatría los fenómenos de violencia y de agresividad han sido tema de debate permanente. La llamada abusiva a la intervención del psiquiatra en su explicación y tratamiento es una expresión de la forma en que la locura ha servido como excusa para ocultar niveles de causalidad más pertinentes. Que se presenten ligados al sufrimiento mental con cierta frecuencia no quiere decir que el psiquiatra deba dar cuenta de toda situación de violencia o agresión. Se trata de fenómenos complejos, multicausales y las simplificaciones que apuntan a introducir todo descontrol de la conducta con expresión violenta por el embudo de la locura, y al psiquiatra y al psicólogo como sus cuidadores y custodios, oculta otras vías de abordaje del problema e inocenta y descompromete de su solución a otros actores y poderes sociales que las engendran.

Los artículos que se presentan a continuación analizan el tema que

nos ocupa desde diversas perspectivas. No lo agotan, sin duda, pero pretenden en la intención de nuestra Redacción abrir la mirada hacia distintos horizontes abonando así una reflexión que problematice saludablemente a quienes estén dispuestos a acompañarnos en la.

Mariana Vázquez propone algunas claves para abordar el problema de la violencia desde el punto de vista de la salud pública en relación a los/as adolescentes. Resulta interesante la relación que plantea entre violencia y adolescencia, considerando el contexto particular que afecta a los/as jóvenes a partir de las últimas décadas. Por un lado, cabe destacar la importancia demográfica que adquiere ese sector de la población a partir de los '80, lo que marca su prioridad a la hora de evaluar su situación y problemas específicos manifestados en diversas áreas: escolaridad, empleo, drogadicción, delincuencia. Por otro lado, la vida de los jóvenes en nuestro país, y en Latinoamérica en general, ha experimentado cambios y transformaciones muy profundos definidos por el particular contexto económico, social, y político que estamos atravesando. Primero fueron objeto del proceso de incorporación a las formas modernas de organización social; luego, cuando la recesión frenó o desarticuló la modernización, pasaron a ser un grupo de edad particularmente afectado por la exclusión. La crisis de los últimos veinte años agudizó la tendencia a frenar o revertir los procesos de movilidad social ascendente y afectó a los jóvenes en las dimensiones consideradas básicas para su integración en la sociedad. Junto con la incorporación diferida al mercado de trabajo, se deteriora el proceso de incorporación al sistema de educación formal y la constitución de parejas o de familias, lo cual dificulta enormemente el proceso de maduración personal y social de dichos jóvenes.

La perspectiva antropológica de un conocido caso de violencia grupal es el motivo del artículo de Beatriz Kalinsky.

En él se pueden observar los complejos problemas e interrogantes que plantea una indagación que articula factores culturales, clínicos, jurídicos, históricos y étnicos.

Pablo Bonaldi intenta avanzar en el análisis de la violencia como expresión de un período histórico determinado y propio de cierto tipo de relaciones sociales que estructuran el tejido social. En este sentido, caracteriza la forma de violencia presente en la Argentina de los '90 como distinta a la de décadas anteriores. La propuesta de Bonaldi resulta interesante para pensar la violencia en función de la psiquiatría, tanto en relación al tratamiento de las llamadas "nuevas patologías" —personalidades narcicistas, drogadicción, violencia familiar, etc.— como a cuestiones de la práctica profesional particularmente cargadas de opciones éticas e implicancias sociales.

Los artículos siguientes incursionan en el terreno propio de nuestra especialidad. Gustavo Federico Carlsson presenta, apoyando sus indicaciones en una vasta experiencia clínica, una guía de cómo actuar en situaciones de urgencia psiquiátrica en las que predominan las conductas agresivas con las que nos encontramos confrontados en nuestra práctica cotidiana. Ricardo Ernesto Riso, luego de recorrer las teorías sobre la agresividad y la violencia, fija criterios para que el psiquiatra que debe resolver problemáticas clínicas en las cuales aparecen manifestaciones agresivas oriente su trabajo cumpliendo con las normas legales impuestas social y jurídicamente. Por último Gabriela Silvia Jufe explora las teorías neurobiológicas de la agresividad impulsiva a nivel de la neurotransmisión y, a partir de esos postulados, fundamenta un uso racional de ciertos recursos farmacológicos útiles para ayudar a un sujeto a controlar sus impulsos y modularlos en forma tal de poder cuidarse a sí mismo e interactuar en el marco social ■

¿Estamos frente a una nueva forma de violencia?

Pablo Bonaldi

Sociólogo. Docente e Investigador de la facultad de Ciencias Sociales, UBA. Viamonte 2226, 3ero. A.
Tel: 4952-3912 - E-mail: pbonaldi@yahoo.com

En toda sociedad existen múltiples y variadas formas de violencia, tan diferentes entre sí que hasta se podría dudar de la validez o la utilidad de emplear el mismo concepto para aludir a todas ellas. En consecuencia, el abordaje del problema de la violencia debe partir del reconocimiento de que esa categoría engloba un conjunto de situaciones sumamente heterogéneas. Es posible hablar de violencia para referirse a guerras, revoluciones, conflictos étnicos, segregación racial, actividades delictivas, disputas callejeras, maltrato infantil, abuso de poder, ofensas sexuales, accidentes de tránsito, privación de libertades o de derechos básicos, conductas autodestructivas, acciones guerrilleras, estallidos sociales, entre otros fenómenos.

A los efectos de obtener una mayor precisión se han propuesto distintas clasificaciones de la

violencia, según sea el resultado de una acción individual o colectiva, la naturaleza de los objetivos, la intencionalidad o el nivel de organización, el grado de legitimidad de quien la ejerce, la intensidad de los daños que provoca, las ideas que le sirven de sustento, etc.

Pero la idea que guía este artículo es que existe una forma de violencia que es característica de una sociedad en un período histórico determinado, y que el estudio de esa forma característica permitirá conocer las relaciones sociales que estructuran a la sociedad en su conjunto.

Ahora bien, ¿cómo determinar cuál es la forma de violencia típica de una época? Para ello es preciso que se den dos condiciones. En primer lugar, que ese tipo de violencia se produzca con cierta regularidad, es decir que sea cuantitativamente significativo. En segundo lugar, debe lograr es-

tablecerse en el seno de la discusión pública, convirtiéndose en un tema de reflexión y de preocupación generalizada. En otras palabras, debe aumentar la percepción social de ese tipo de violencia. En principio podemos estar tentados de creer que ambas condiciones van juntas, pero no siempre es así. Puede darse una sin la otra. Un atentado terrorista puede concitar el interés general sin dejar de ser por ello un hecho aislado; mientras que otros tipos de violencia, como el maltrato familiar o la mortalidad infantil, pueden estar bastante extendidos sin llegar a convertirse en un tema de pública relevancia.

Queda claro entonces que al reconocer una forma de violencia como característica de una sociedad no pretendemos negar la coexistencia de otras formas distintas de violencia. Simplemente le atribuimos a una de ellas una particularidad y una significación mayor.

Resumen

El objetivo de este artículo es describir las formas características de la violencia en la sociedad argentina en los últimos años. Entre los rasgos más importantes podemos señalar la aparición de una violencia más impulsiva, reactiva y pasional, protagonizada por individuos aislados, que se ubica en las antípodas de la violencia colectiva y organizada que caracterizó a la década del '70. El análisis de los comportamientos relacionados con algunas actividades delictivas sirvió para mostrar cómo se producen situaciones de violencia excesiva e innecesaria. El aumento de la incertidumbre y la desestructuración de ciertas relaciones sociales da lugar a la conformación de una espiral de creciente violencia. Asimismo, la emergencia de una violencia involuntaria, aparentemente fortuita y accidental, pero que es provocada por la negligencia, la desaprensión y la ausencia de controles efectivos. Palabras clave: Violencia - Delincuencia - Muertes violentas - Desintegración social.

DO WE FACE A NEW KIND OF VIOLENCE?

Summary

The objective of this article is to describe the characteristic forms of violence in the Argentinean society in the last years. Among the most important features we can point out the appearance of a more impulsive, reactivated and pasional violence, played by isolated individuals that it is located in the antipodes of the collective and organized violence characteristic of the 70s. The analysis of the behaviors related with some criminal activities shows how situations of excessive and unnecessary violence take place. The increasing uncertainty and the disruption of certain social relationships give place to the conformation of a growing spiral of violence. Also, the emergency of an involuntary, seemingly fortuitous and accidental violence, but caused by negligence and lack of effective controls.

Key Words: Violence - Delinquency - Violent deaths - Social disintegration.

Los años '70, por ejemplo, estuvieron marcados por una forma de violencia característica: la violencia política. Fue una época donde los secuestros, los atentados y los asesinatos estaban a la orden del día. Esos hechos de violencia pasaron a formar parte de la realidad cotidiana. La lucha armada se convirtió en el mecanismo elegido por sectores antagónicos para dirimir sus posiciones políticas. Los robos, las bombas y los muertos eran percibidos como "medios" para la obtención de un "fin", como parte de una estrategia preestablecida. Aun cuando ese contexto favoreciera la emergencia de los aspectos más perversos de los individuos, es indudable que se trataba de una violencia perpetrada colectivamente. Era un grupo el que le infringía "bajas" a otro grupo y, por lo general, esas acciones requerían una cierta planificación y organización. A la vez, existían densas tramas ideológicas que alentaban y justificaban ese tipo de prácticas. Esta breve referencia a lo ocurrido unas décadas atrás puede servir para iluminar, por contraste, los rasgos más significativos de la violencia actual.

En la Argentina de los '90 se destaca una forma de violencia muy distinta. Emerge una violencia más irracional, espontánea y descontrolada, con un alto componente de impulsividad, negligencia y desaprensión. Es esporádica en el sentido de que no forma parte de un plan sino que se presenta como hechos aislados protagonizados por individuos particulares. En muchos casos no está asociada a un propósito o fin ulterior, ni va dirigida contra un grupo específico (aun cuando sea posible identificar a algunos sectores que la padecen más intensamente que otros).

En cierto sentido, la violencia con la que convivimos actualmente es más amorfa y desestructurada, lo cual la vuelve más difícil de aprehender conceptualmente. En su descripción nos veremos obligados a recurrir a hechos puntuales o situaciones particulares para ejemplificar y poner de relieve los aspectos más salientes. Sin embargo, ello no supone abandonar el esfuerzo por reconstruir una cierta lógica social que se encubre detrás de los episódicos hechos de violencia.

Un primer rasgo característico de esta nueva configuración de la violencia es lo que podemos llamar un "exceso de violencia intencional". Como bien lo muestra el sociólogo Norbert Elías, el proceso de civilización supuso un aumento en las restricciones sociales y en el grado de autocontrol de los impulsos, lo cual redujo la expresión de la

violencia pasional o afectiva. Esto dio paso a una concepción instrumental de la violencia, en la que los individuos recurren a ella como un medio para alcanzar ciertos fines u objetivos, pero sin llegar a emplear más violencia de la necesaria. Por el contrario, uno de los aspectos más llamativos de la situación actual es que aparece un excedente innecesario de violencia. Los individuos actúan de manera mucho más violenta que lo esperable, como si hallasen un cierto placer en el abuso mismo de la violencia. Tomemos el caso de uno de los delitos más frecuentes como es el de los robos a mano armada. Lo novedoso en este tipo de prácticas es que muchas veces los delincuentes hacen un uso de la fuerza que excede a la necesaria para la obtención del botín, llegando a golpear o matar a víctimas indefensas que no opusieron ninguna resistencia, o acibillando a policías (de civil o uniformados) a los que tenían completamente dominados. En tal sentido, resulta significativo que uno de los principales diarios nacionales acostumbre presentar este tipo de noticias bajo el título: "Matar por matar".

Este uso excesivo de la violencia constituye una clara diferencia con respecto a épocas anteriores cuando, entre los mismos delincuentes, existía la norma de que se debía emplear la menor cantidad de violencia posible. Existía entre ellos la creencia de que el abuso de la fuerza era algo propio de los inexpertos que no sabían "controlar la situación". Al actuar de esa manera los delincuentes se amoldaban a un estricto precepto moral; pero ese comportamiento también suponía una cierta racionalidad, pues sabían que cuanto más violencia empleasen más intensamente se los perseguiría. Si en muchos casos se preservaba la vida de los policías presentes no era por pura bondad sino porque nadie quería "echarse" a toda la policía encima innecesariamente.

Las prácticas tan habituales hoy en día de resistir el arresto tomando rehenes o de tirotearse con la policía, aun en situaciones donde hay muy pocas probabilidades de escapar y muchas de perder la vida, también constituyen casos ejemplares de exceso de violencia. Con frecuencia suelen esgrimirse algunas razones puntuales que podrían dar cuenta de esos excesos, tales como el hecho de salir a robar drogados, carecer de experiencia, o bien estar demasiado "jugados" como para preocuparse por las posibles consecuencias futuras. Sin embargo, sería un error suponer que el exceso de violencia se da únicamente



de parte de los delincuentes. Los agentes policiales muchas veces abusan también de los poderes que les son conferidos, tanto en la detención de sospechosos como en la captura de los delincuentes. (Esto para no hacer referencia a aquellas ocasiones en que los mismos uniformados participan de actividades delictivas, lo cual equivaldría a una violencia mayor pues es realizada desde una posición estatal). Pero quizás el dato más revelador es que a veces la misma víctima termina haciendo un uso desmedido de la violencia. Y no estamos pensando en aquellos casos en que las personas asaltadas hacen uso del legítimo derecho a la defensa, sino cuando las víctimas u otras personas intervinientes en el hecho persiguen al delincuente en fuga y lo golpean brutalmente o lo matan. Ejemplos de este tipo de reacciones abundan en los últimos años. Hay acá también una violencia excesiva e innecesaria, que parece estar motivada más por el deseo de venganza y de descargar pasiones que por preservar el propio bienestar.

Esta relación triádica entre delincuentes, policías y civiles no es estática sino que está configurada sobre la base de expectativas, supuestos y experiencias acumuladas, es decir se va retroalimentando de manera tal que el aumento de la violencia empleada por una de las partes tiende a generar una respuesta aún más violenta de las otras partes. Quizás sería más apropiado hablar de "expectativas quebradas", pues lo cierto es que en este tipo de interacciones ha aumentado el margen de incertidumbre de todos los actores con respecto a cómo se van a comportar los otros. Los delincuentes ya no están tan seguros de que la mera exhibición de un arma de fuego asegure la completa sumisión de la víctima, ni pueden estar seguros de que la policía no les vaya a disparar en el caso de que se entreguen pacíficamente. Los agentes de policía comparten el mismo temor y señalan repetidamente que, a diferencias de años anteriores, hoy resulta frecuente que al intentar realizar un allanamiento o una detención sean repelidos a balazos por los "mal vivientes". Por otra parte, las víctimas de un robo no

pueden confiar en la protección de la policía, que ha mostrado ser ineficaz en ese caso particular, y tampoco pueden tener la certeza de que saldrán ilesos si obedecen pacíficamente a los delincuentes, quiénes pueden llegar a agredirlos por temor o por simple placer.

El aumento de la incertidumbre y la imposibilidad de prever las conductas de los otros tiende a crear zonas grises que son propicias para el crecimiento de la violencia. En los márgenes de inseguridad y de imprevisibilidad que deja la desestructuración de ciertas relaciones sociales, emerge una violencia pasional, impulsiva, e igualmente imprevisible.

Detengámonos un momento en esa nueva modalidad delictiva que se ha dado en llamar "robos al voleo", en la cual dos o más delincuentes salen armados a dar vueltas por diferentes barrios a la búsqueda de una oportunidad propicia para cometer un robo. Esa oportunidad puede estar dada por la detección de un automóvil valioso, la posibilidad del ingreso fácil a una vivienda, etc. Esta forma de proceder no supone ningún conocimiento ni estudio de la situación, no sigue un plan previo, ni requiere de más organización que la de conseguir las armas para salir a robar. Pero obviamente implica más riesgos y mayor imprevisibilidad, pues la persona atacada puede resultar ser miembro de las fuerzas de seguridad y estar armado o la vivienda elegida hallarse protegida por algún sistema de vigilancia; a la vez que aumentan las probabilidades de ser descubiertos e interceptados por la policía. En todos los casos se incrementan las probabilidades de un desenlace violento de la situación. Insistamos una vez más en que esa modalidad delictiva no sólo crea mayores riesgos e incertidumbre para los delincuentes sino que afecta también a los otros actores implicados, pues la población en general encuentra más difícil prevenirse contra esa clase de agresiones. Cuando las posibilidades de robo están limitadas a ciertos lugares y en determinados horarios las personas pueden tomar medidas para evitar ser victimizadas. Pero, en cambio, cuando los ataques se dan en forma tan caótica y desorganizada, como los robos "al voleo", es

casi imposible adoptar medidas eficaces para impedirlos.

Si lo expuesto en esta primera parte es correcto, permitiría mostrar cuán equívoco resulta continuar interrogándose respecto a si se produjo o no un incremento significativo en los indicadores de delincuencia. Esta pregunta, que suele plantearse con frecuencia, puede ocultar parte del problema, pues quizás la transformación más importante haya sido un cambio cualitativo antes que cuantitativo en el tipo de violencia. Quizás el foco de atención podría estar puesto no tanto en el aumento de la actividad delictiva como en la aparición de una violencia excesiva, impulsiva e irracional.

Para no extendernos demasiado, hemos decidido centrar el análisis en algunas actividades delictivas que permiten apreciar con claridad la emergencia de ese nuevo tipo de violencia. Pero ello no significa que no pueda hallarse un proceso similar en otras esferas. La intensidad y la brutalidad que alcanzan las disputas entre barras o bandas rivales, entre alumnos de nivel básico o en las reyertas entre vecinos parece mostrar que el exceso de violencia no es en absoluto algo propio o exclusivo de las actividades delictivas.

Hasta aquí hemos presentado una violencia que, aun cuando tenga un alto componente de impulsividad e imprevisibilidad, no deja de ser una violencia intencional. Los sujetos ejercen una fuerza y buscan deliberadamente provocar ciertos daños. Ahora bien, esa lógica perversa según la cual las personas extreman el uso de la violencia —ya sea en la comisión de un delito o en el intento de protegerse— termina creando un mecanismo demasiado celoso que puede activarse accidentalmente, aumentando en consecuencia las probabilidades de que se produzca una violencia involuntaria o no deseada.

Así como es posible hablar de la inexperiencia y la improvisación de este nuevo tipo de delincuentes que, como algunos datos muestran, inician su carrera a una edad cada vez más temprana, también se puede hacer referencia a la deficiente capacitación de las fuerzas policiales y de los agentes privados de seguridad.

U

Unos y otros carecen de la competencia necesaria como para actuar en situaciones límites minimizando el uso de la fuerza. A esto se le debe sumar la actitud imprudente de una parte de la población que decide armarse en defensa propia o recurrir a otros elementos de protección sin tener la preparación básica e indispensable para manipular esos recursos.

En ese contexto, no es extraño que en los últimos años se hayan multiplicado los hechos de violencia involuntaria en los cuales perdieron la vida o terminaron seriamente lastimadas personas inocentes. Este sería un segundo rasgo característico de la nueva forma de violencia. Chicos inocentes que fallecen al tocar una cerca electrocutada, civiles que balean a familiares o a vecinos al confundirlos con delincuentes, personas que quedan atrapadas en el medio de un tiroteo, son sólo algunos de los ejemplos paradigmáticos de un fenómeno que cobra cada vez más víctimas. Estos casos de violencia constituyen una clara muestra de lo que los sociólogos han dado en llamar "consecuencias no buscadas de la acción".

En tal sentido, quizás el efecto más lamentable de estas nuevas formas de violencia es que extienden el clima de inseguridad y de desconfianza en el que vivimos, acentuando de ese modo una de las peores formas de fractura social, la que nos induce a percibir al prójimo como un potencial enemigo que nos puede dañar.

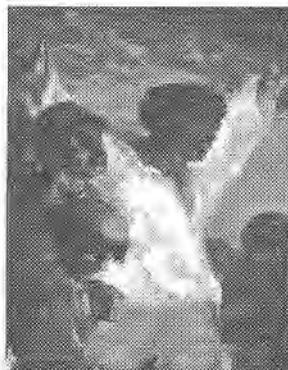
Hay todavía una forma de violencia que se asemeja a la anterior pero que es aún más sutil e impersonal, pues se da a través de hechos aparentemente "accidentales" y desafortunados. En estos casos, la violencia y sus lamentables consecuencias parecen ser el resultado de la "fatalidad" antes que de la conducta intencional de algún sujeto en particular. Una joven pierde la vida al recibir una descarga eléctrica cuando atendía el teléfono. Un niño encuentra en un pozo mal tapado una trampa mortal. Seis obreros mueren al caer el montacargas que los llevaba y se suman a un número creciente de obreros de la construcción que pierden la vida en sus lugares de trabajo. Varias personas mueren por ingerir alimentos en mal estado; otras se ven seriamente afectadas por consumir medicamentos "truchos". Cuatro personas pierden la

vida al desprenderse el balcón en el que estaban. Dos jóvenes se accidentan al conducir alcoholizados. Una chica fallece al caérsele encima una escultura incorrectamente colocada y otra muere alcanzada por una bengala defectuosa o mal usada. Estos hechos son claramente fortuitos y accidentales en el sentido de que no responden a la voluntad ni a la intencionalidad de nadie. Sin embargo, no puede dejar de reconocerse que todos ellos suponen un cierto grado de responsabilidad humana, pues fueron provocados o possibilitados por la impericia, la negligencia o la desaprensión en la conducta de algunos sujetos.

Quizás el lector podría verse tentado de creer que este tipo de violencia existió siempre y que algunas "desgracias" resultan imposibles de evitar, pero lo cierto es que en los últimos años esa clase de accidentes —a los que podríamos tildar de "absurdos"— han dejado de ser unos pocos casos aislados para convertirse en episodios cada vez más frecuentes y que adquieren mayor repercusión pública. En ese sentido, creemos que las muertes y lesiones "accidentales" ocurridas como consecuencia de la desaprensión, la imprevisibilidad y la ausencia de controles efectivos, constituyen un elemento central para pensar la forma de violencia característica de nuestra época.

Como puede verse, al intentar describir la forma de violencia característica de estos años, hemos hecho referencia a acontecimientos y situaciones muy diferentes, que van desde una violencia más impulsiva, excesiva e irracional a otra más "accidental", provocada por conductas desaprensivas o negligentes. Pero creemos que, más allá de la aparente heterogeneidad, esas diferentes formas de violencia son parte de un mismo fenómeno y expresan transformaciones sociales semejantes.

Esa violencia revela una sociedad con cada vez menor capacidad para organizar y regular las interacciones cotidianas entre sus miembros. Una sociedad en la que se relajan las normas y se desestructuran las pautas de comportamiento establecidas. Donde se reducen los mecanismos de integración y se acentúa la desarticulación social. Una sociedad en la que la dificultad para identificarse y vincularse con el otro conlleva un profundo deterioro del valor de la vida humana ■





Bibliografía

- Beck, U., *La sociedad del riesgo*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1998.
- Bonaldi, P., "Debilitamiento del tejido social y muertes violentas de jóvenes" en R. Sidicaro y E. Tenti, *La Argentina de los jóvenes. Entre la indiferencia y la indignación*. Ed. Losada. Buenos Aires, 1998.
- Courtwright, D., *Violent Land. Single men and social disorder from the frontier to the inner city*. Ed. Harvard University Press. Cambridge, 1998.
- Elias, N., *El proceso de la civilización*. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 1987.
- Elias, N. y Dunning, E., *Deporte y ocio en el proceso de la civilización*. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 1992.
- Green, J., Risk and Misfortune. *The Social Construction of Accidents*. University College London Press. Londres, 1997.
- Tenti Fanfani, E., "Civilización y 'descivilización'. Norbert Elias y Pierre Bourdieu intérpretes de la cuestión social contemporánea" *Rev. Sociedad*, Nº 14; Buenos Aires, agosto 1999.
- Wacquant, L., "La tentation pénale en Europe" *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* Nº 124; París, septembre 1998.

Adolescencia y violencia

Algunas reflexiones desde la Salud Pública

Mariana Vásquez

Licenciada en Trabajo Social. Parravicini 348 - (1852) Burzaco, Pcia. Buenos Aires - Argentina
Tel.: 54 11 4238-1651- E-mail: mariana_vazquez@ciudad.com.ar

Introducción

Las muertes violentas en la adolescencia constituyen un fenómeno que se ha extendido durante las últimas décadas en toda América Latina. Los varones adolescentes y jóvenes son los principales afectados, ya que la violencia es la primera causa de mortalidad para este grupo en muchos países de la región. En este sentido –exceptuando al África Subsahariana– América Latina es considerada el territorio más violento del mundo.

Casos como los de México o Colombia –donde sólo los homicidios representaron el 53% de las muertes de varones entre 15 y 19 años, y el 59% entre los 20 y 24 años durante el período 1975-1994(5)– dan cuenta de la gravedad que reviste tal situación.

Si bien en Argentina la problemática no alcanza la magnitud que se observa en otros países, los patrones de distribución son similares, y las muertes asociadas a la violencia presentan una tenden-

cia ascendente. La tasa de mortalidad por causas externas correspondiente a varones de 15 a 24 años, se incrementó en un 25% entre 1980 y 1995(2). En 1998 esta tasa representaba alrededor del 73% de las muertes de dicho grupo, entre las cuales el 52.68% fueron accidentes, el 14.3% homicidios, el 10.78% suicidios y en el 21.46% se ignora si fue por causa intencional o accidental(4).

Por otra parte, vale reconocer que la violencia es un fenómeno multidimensional, heterogéneo y complejo, que se manifiesta en forma muy variada, por lo que se requiere incorporar distintas perspectivas para su estudio.

Desde la Salud Pública se ha comenzado en los últimos años a considerarlo con mayor profundidad, intensificando las investigaciones sobre los factores asociados y proponiendo medidas preventivas de diversa índole. Aunque se ha avanzado en tal sentido es prematuro evaluar resultados, y no cabe duda de que aún resta mucho por hacer.

Resumen

La violencia es actualmente un grave problema de Salud Pública, con altísima implicancia en términos de años de vida potencial perdidos. Las muertes violentas en la adolescencia se han extendido por toda América Latina durante las últimas décadas, constituyendo la primera causa de mortalidad para adolescentes y jóvenes en la región. Dado el carácter multidimensional, heterogéneo y complejo de este fenómeno, se requiere incorporar diversas perspectivas de análisis que permitan delimitar el concepto de violencia y los eventos incluidos en ella, los factores protectores y de riesgo vinculados a los/las adolescentes y su contexto, y las desigualdades existentes en cuanto a género, nivel educativo y condición de pobreza. El presente artículo propone algunas aproximaciones para el estudio de la mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes, a partir de reflexionar sobre los conceptos de violencia y salud, y las relaciones que se establecen entre ambos durante ese período vital.

Palabras clave: Violencia – Contextos explicativos – Adolescentes – Salud.

ADOLESCENCE AND VIOLENCE. SOME REFLECTIONS FROM PUBLIC HEALTH

Summary

Violence is at the moment a serious problem of Public Health, with high implicance in terms of lost years of potential life. The violent deaths in the adolescence have extended in all Latin America during the last decades, constituting the first cause of adolescents and young people mortality in the region. Given the multidimensional, heterogeneous and complex character of this phenomenon, it requires to incorporate different analysis perspectives that allow to define the concept of violence and the events related to it, the protective and risk factors linked to the adolescents and their context, and the existent inequalities as for gender, educational level and condition of poverty. The present article proposes some approaches for the study of the mortality for violent causes in adolescents and young, starting from thinking on the concepts of violence and health, and the relationships between them during that vital period of life.

Key Words: Violence – Explanatory contexts – Adolescents – Health.

En este marco hace falta, en primer lugar, delimitar el objeto "violencia", y precisar cuáles son los eventos considerados para el análisis como muertes violentas. Asimismo, se hace necesario especificar las situaciones vinculadas al contexto y a las características de la adolescencia que pueden funcionar como factores protectores o de riesgo en la exposición a la violencia. También se deben incorporar a ese enfoque las desigualdades existentes, especialmente en lo que hace al género, el nivel educativo y la condición de pobreza.

Si bien no está en los alcances de este artículo responder a todos esos interrogantes, se proponen algunas aproximaciones para el estudio de la mortalidad por causas violentas en los/los adolescentes y jóvenes, a partir de reflexionar sobre los conceptos de violencia y salud, y las relaciones que se establecen entre ambos en ese período vital.

Acerca de la definición de violencia

La violencia es un fenómeno muy amplio que incluye representaciones simbólicas y condiciones materiales. Está determinado por diversos factores de índole social, político, económico y cultural. Abarca una variedad de eventos de origen heterogéneo y aparentemente desvinculados entre sí, pero que se asemejan por el hecho de corresponder a acciones humanas y desarrollarse en el seno de la vida social(3)

En este sentido se reivindica el carácter sociocultural del fenómeno, resaltando que en la medida en que constituye una construcción humana, es factible de prevenirse y/o evitarse.

Según coinciden varios autores(6), la violencia se define como *la utilización de la fuerza física o de la coacción psíquica o moral por parte de un individuo o grupo en contra de sí mismo, de objetos o de otra persona o grupo de personas, produciendo como resultado la destrucción o daño del objeto y la limitación o negación de cualquiera de los derechos establecidos de la persona o grupo de personas víctimas.*

Tal utilización de fuerza obedece generalmente a la determinación de mantener, modificar o

destruir cierto orden de cosas o de valores, y manifiesta el abuso de poder individual o social. Esto implica un vínculo asimétrico entre víctima y victimario, quien excluye cualquier otra forma de comunicación que no sea la violencia.

Las definiciones de violencia hacen hincapié en diversos aspectos vinculados al tipo de daño (físico, psíquico, etc.), las características de la víctima y el victimario (maltrato infantil, violencia contra la mujer, violencia juvenil, etc.), el ámbito donde se desarrolla (intrafamiliar, urbano, escolar, institucional etc.) y la finalidad subyacente, entre otros.

Respecto a la intencionalidad, si bien se reconoce como un eje fundamental para clasificar la violencia, no hay un consenso generalizado sobre sus alcances. Algunos(5, 10) señalan que hay violencia en la medida que exista la intención directa o indirecta de producir daño para lograr un fin. En otros casos, se considera que también los hechos clasificados como accidentales son manifestaciones de la violencia porque dan cuenta de la negligencia, la impunidad, la falta de convivencia social expresada en el hecho de no cuidarse ni cuidar al otro(3).

En este sentido, la violencia es una forma de interacción humana asociada a condiciones sociales particulares, por lo que su historicidad es otra dimensión importante a considerar en el análisis(3). Este fenómeno histórico se manifiesta como actividad cambiante que surge en distintos contextos, asumiendo diversas modalidades y grados de intensidad. De ahí el carácter procesual manifestado mediante la escalada de la violencia, que se contrapone a la visión reduccionista centrada en el abordaje de la violencia como un hecho aislado.

La violencia es un proceso relacional expresado en la retroalimentación de factores negativos entre el individuo y un contexto social anómico, en el que la condición de violento denota que algo está fuera de su natural estado o situación.

Cuando las instituciones reguladoras del orden y la convivencia social están debilitadas y persisten condiciones de vida desfavorables que impiden a los sujetos resolver frustraciones y conflictos de manera adecuada, la violencia se

transforma en una forma de relación dominante.

Se combinan entonces dimensiones asociadas a problemáticas macro, como el reparto injusto de la riqueza y el desempleo, y sus efectos sobre los ámbitos microsociales, vinculados a las problemáticas familiares, el consumo de drogas y la crisis de valores.

En este marco el Estado pierde capacidad de intervención y los lazos sociales se fracturan. La restricción en el ejercicio de los derechos individuales y colectivos impide una construcción de ciudadanía que incluya a los distintos sectores sociales, aumentando la tolerancia social frente a situaciones de agravio(9).

Franco(7) plantea que la violencia avanza en un escenario social definido por la impunidad, desigualdad e inequidad, ocupando los espacios que dejan vacantes la solidaridad, la convivencia democrática, el bienestar colectivo y los derechos ciudadanos.

Dichos elementos permiten analizar a la violencia como estructura, sobre la base de la identificación de un orden violento que se instala en la sociedad, y se expresa en la ausencia de capacidad del Estado para regular fuerzas sociales en conflicto.

La ineficacia del Estado para viabilizar el ejercicio de la ciudadanía, naturaliza ese orden violento. Así, la violencia estructural se vincula directamente con otros tipos de violencia, como la delincuencia, en la medida que aporta un contexto para su comprensión, caracterizado por la corrupción, la desigualdad y otros fenómenos que expresan una situación de anomia social. Y por otra parte, también se asocia con la violencia reactiva o de resistencia, que tiende a establecer dispositivos sociales de reacción para desnaturalizar esa violencia estructural, manteniendo una relación dialéctica(3).

En este contexto debe rescatarse la categoría de "ciudadano" para el análisis de la violencia, valorizando la responsabilidad del Estado como garante de los derechos colectivos. Desde allí se cuestiona la "naturalidad" de la violencia y cobra importancia la defensa del derecho a la salud y básicamente, a la vida, como argumento para enfrentarla.

La construcción de ciudadanía pasa a constituirse entonces en un desafío para la salud pública como parte de una agenda social más amplia(7).

Violencia y Salud Pública

Al estudiar la violencia desde la perspectiva de su estructura y de los procesos que genera, resulta conveniente agregar a este enfoque un tercer eje que contemple el acercamiento a los resultados o efectos.

En realidad, ese es el abordaje que tradicionalmente realiza la Salud Pública a partir de los indicadores de morbilidad y mortalidad. Pero el hecho de incorporar un esquema de análisis más amplio permite visualizar e integrar distintos aspectos de la problemática y dar cuenta de la complejidad que ésta reviste.

Estructura, procesos y resultados conforman una base para construir una conceptualización de la violencia en el campo de la salud, sustentada en una visión integral del desarrollo.

Tal aproximación exige orientarse hacia un conocimiento que sirva a la modificación de los factores ambientales, sociales, y conductuales, que favorecen la aparición e intensificación de la violencia(10). Para esto hace falta desplegar el análisis hacia diversos ámbitos o "contextos explicativos", entendidos como conjunto de condiciones y situaciones de distinta índole, en el marco de las cuales se hace posible comprender este fenómeno, a partir del entorno situacional y del entramado relacional que lo posibilita(5).

En primer lugar, se trata de considerar el contexto macro. Diversos organismos internacionales como OPS, BID y Banco Mundial, coinciden en señalar que las muertes por causas violentas se relacionan con cuestiones de diversa índole pero que caracterizan al actual modelo político, económico y social(1).

Entre los principales factores estructurales que abonan la escalada de violencia, se destacan la brecha creciente entre ricos y pobres, el retiro de las instituciones públicas, la crisis de los sistemas y valores tradicionales de cohesión social, la falta de confianza en las instituciones y la fractura de los lazos familiares. La dualización social genera situaciones de violencia, y constituye en este sentido una amenaza no sólo para la salud, sino para la paz y la democracia(11).

Un segundo aspecto se vincula con los factores asociados al medio ambiente o entorno cercano al individuo. Allí se observan problemas como la violen-

cia familiar, el abuso infantil, la exclusión del sistema educativo, el fácil acceso a armas, la aceptación social de conductas violentas, la situación socioeconómica y la desigualdad, el grado de urbanización, el papel de los medios de comunicación, la falta de confianza en el sistema judicial, las políticas de encarcelamiento, entre otros.

En tercer lugar, entre los factores considerados personales y actitudinales se señalan como predictores de violencia las habilidades poco desarrolladas para resolver conflictos, las creencias y valores que apoyan la agresión, el uso de alcohol y drogas y el bajo rendimiento académico, entre otros.

Estos aspectos componen una entidad compleja para el análisis, por lo que se requiere del aporte conjunto de diversas disciplinas en función de profundizar el conocimiento del fenómeno.

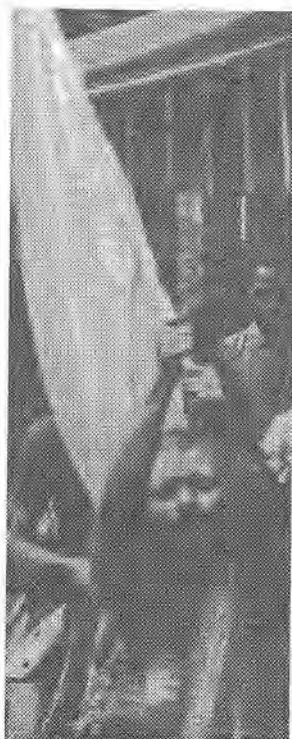
La Salud Pública ha desarrollado un saber instrumental, orientado específicamente a la intervención sobre los efectos de la violencia, que por sí solo resulta insuficiente. Sin embargo, actualmente se observa una mayor preocupación por incorporar estas distintas facetas, dada la repercusión de los hechos violentos sobre la salud individual y colectiva.

Se reconoce que la violencia es productora de enfermedad(12), pero el sector salud aún posee escasa información referida a los daños que producen estos hechos, y no cuenta con indicadores que faciliten el adecuado registro de los mismos. Los datos no reflejan la verdadera magnitud del problema epidemiológico, en parte por el alto grado de subregistro y la falta de denuncia, y porque muchas veces no se percibe la lesión como expresión de conductas agresivas.

Pero, por otra parte, este problema está sobrecargando los Servicios de Salud, aumentando los costos globales de atención y condicionando su calidad y cobertura. El incremento de los episodios violentos, y la diversificación de sus manifestaciones, exige la construcción de indicadores sociosanitarios que puedan captarlos con mayor precisión.

Los efectos de la violencia no sólo se evalúan mediante los homicidios y suicidios, sino también en términos de pérdida de vida útil mediante el indicador AVPP (Años de Vida Potencial Perdidos).

Asimismo, y tal como se expresó anteriormente, dentro de las causas externas se hace difícil discriminar la frontera entre las muertes accidentales e intencionales, por lo cual desde el punto de vista epidemiológico suelen analizarse como causas violentas.



Si bien no todo accidente constituye rigurosamente un acto de violencia, muchos de ellos esconden episodios que pueden considerarse formas larvadas de violencia(6) y se incluyen dentro de su definición.

En este sentido, hasta no contar con herramientas más precisas que garanticen una clara diferenciación, no parecería apropiado desechar estos eventos ni subvalorar el impacto sobre la población involucrada.

Al respecto, si se aplica el enfoque de análisis propuesto anteriormente, puede observarse que los/las adolescentes y jóvenes aparecen como uno de los grupos más afectados por la violencia en sus diferentes manifestaciones(8).

Desde la perspectiva epidemiológica clásica éstos constituyen una población relativamente "sana" con relación a otros grupos etáreos, por lo que durante mucho tiempo no se los ha considerado como una población meta prioritaria para las acciones de Salud Pública.

Pero los/las adolescentes y jóvenes están expuestos a condiciones de exclusión asociadas a los altos índices de desocupación, las dificultades en el ámbito educativo y a la situación de pobreza, que los coloca en una posición de vulnerabilidad frente al fenómeno de la violencia; y estas problemáticas forman parte de las actuales preocupaciones para la salud pública.

La situación de los/las adolescentes

La crisis de integración social generada a partir de los profundos cambios sociopolíticos de las últimas décadas, se refleja en la pérdida de cohesión entre los distintos grupos sociales, donde los individuos quedan sin el espacio de contención que les da pertenencia y les permite internalizar conductas y valores colectivos.

Si bien estas transformaciones inciden sobre toda la sociedad, los/las adolescentes como grupo a socializar, son un sector especialmente afectado. El resquebrajamiento del tejido social influye sobre las expectativas que la sociedad tiene sobre ellos, y al mismo tiempo, la crisis de las instituciones hace que

se diluya la apropiación de creencias y valores morales.

Adolescentes y jóvenes sufren la incertidumbre provocada por la desestructuración de las expectativas y normas que delimiten su rol social, generándose una visión pesimista sobre el futuro. Dichas circunstancias estarían marcando un deterioro en las posibilidades de integración social de los adolescentes, por lo tanto en la internalización de valores fundamentales como el respeto a la vida humana.

Evidentemente, las posibilidades de integración social no se dan de igual manera para los/las jóvenes pertenecientes a distintos grupos socioeconómicos. A esta situación de desventaja generalizada para todos los/las adolescentes y jóvenes, se le suman otras asociadas a las condiciones materiales de existencia.

Si bien la pobreza no es causa directa del crimen, ésta se relaciona con el nivel de violencia en la adolescencia, tanto por la experiencia cotidiana de estrés y conflicto como por las actitudes de apoyo a la violencia que pueden surgir frente a la sensación de desesperanza que supone el estar excluido(11).

Esto provocaría una mayor exposición a situaciones de peligro reconocido, lo que explica parcialmente el riesgo incrementado de los/las adolescentes y jóvenes a morir por causas violentas.

Si el respeto a la vida humana es un valor aprendido socialmente, su importancia depende del grado de cohesión del grupo. Al respecto, las redes sociales(11) que conforman el entorno inmediato del sujeto juegan un papel fundamental en la transmisión de valores y pautas de conducta tendientes a revalorizar la importancia de la vida humana, estableciendo así mismo mecanismos protectores o de exposición al riesgo.

La adopción de conductas de riesgo encuentra antecedentes comunes asociados al medio microsocial en el que se desenvuelven los/las adolescentes, caracterizado por la carencia extrema de recursos económicos, los conflictos familiares y las condiciones barriales que ofrecen oportunidades para el ejercicio de estas conductas. Pero también el entorno puede proporcionar elementos adecuados para enfrentar las situaciones de riesgo

con mayor efectividad, por lo que el entramado de redes sociales permite a los /las adolescentes y jóvenes desarrollar capacidades para enfrentar situaciones adversas.

Por otra parte, las variaciones en el proceso de socialización de mujeres y varones se expresan en los distintos grados de exposición frente a estas causas, relacionadas a las diferencias de género.

Esto no significa necesariamente que las mujeres sean menos vulnerables a situaciones de violencia, especialmente dentro del ámbito familiar y laboral. Pero los hechos violentos causales de muerte expresados en las tasas de mortalidad se concentran entre los varones, lo que da cuenta de alguna manera de las falencias en los registros enunciadas anteriormente.

El acoso sexual, los abusos y violaciones, las agresiones físicas y psicológicas provocan serios deterioros en términos de morbilidad sobre la salud de las mujeres.

Los varones, por su parte, al construir su masculinidad a partir de ciertos mandatos culturales asentados en un modelo de masculinidad hegemónica, se exponen a un proceso continuo de prueba donde deben demostrar estos atributos socialmente impuestos, aun a riesgo de la propia integridad física y mental(13). En este marco, las diferencias en la socialización de uno y otro sexo ubican a los varones en una situación de menor capacidad de sobrevivencia.

Algunas consideraciones finales

Los contextos explicativos asociados a las muertes violentas plantean una estrecha relación entre las condiciones estructurales, caracterizadas por la desigualdad y la desintegración social, y los efectos manifiestos sobre los/las adolescentes y su entorno, ubicándolos como grupo vulnerable ante esta problemática.

A partir del reconocimiento de la violencia como problema de Salud Pública, se establece la necesidad de desarrollar abordajes múltiples centrados en un enfoque integral en cuanto a visión de este fenómeno, con el objeto de poder profundizar el conocimiento de las distintas dimensiones que lo conforman.



Durante los últimos años, en varios países de América Latina se ha establecido un sistema de vigilancia epidemiológica de las lesiones y muertes violentas. Sin embargo, aun es poco significativa la vinculación entre los aspectos sociales y sanitarios que atraviesan este fenómeno.

Al respecto, es indispensable instalar un criterio interdisciplinario e intersectorial, orientado a construir contextos explicativos que faciliten la identificación de las condiciones específicas por las cuales este fenómeno es socialmente posible. Asimismo, el problema de la violencia en la adolescencia debe incorporarse como una prioridad, no sólo de la salud pública, sino de la agenda política y social de la región ■



Referencias Bibliográficas

1. Banco Mundial, *Crime and Violence as Development Issues in Latin American and the Caribbean*. Washington, 1997.
2. Bonaldi, P., *Debilitamiento del tejido social y muertes violentas de jóvenes*. En "La Argentina de los jóvenes. Entre la indiferencia y la indignación". Sídcaro, R. y Tenti Fanfani, E. (comps). Buenos Aires. UNICEF / Losada, 1998.
3. De Souza Minayo, M.C., *A violencia Social sob a Perspectiva da Saúde Pública*. En Cuaderno Saúde Pública N° 10. (07-18). Río de Janeiro, 1994.
4. Dirección de Estadísticas de Salud. *Estadísticas Vitales 1998* Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, 1999.
5. Franco, S., *El quinto: No matar. Contextos explicativos de la violencia en Colombia*. Bogotá. TM Editores, 1999.
6. Franco, S., *La violencia: un problema de salud pública que se agrava en la Región*. Boletín Epidemiológico vol. 11 N° 2. OPS. Washington, 1999.
7. Franco, S., *Violencia, ciudadanía y salud pública*. Serie Documentos Especiales N° 4. Corporación Salud y Desarrollo. Bogotá, 1995.
8. Franco, S., *Los adolescentes y la violencia*. Cuadernos de Salud y Desarrollo No. 2. Bogotá, 1994.
9. Gingold, L., *Feos, sucios y malos. El poder de sentencia de las etiquetas sociales*. En *Revista Nueva Sociedad*. Buenos Aires
10. Lozano, R. y otros, *Violencia, seguridad pública y salud*. En "Economía y salud. Actualización de temas emergentes. Observatorio de la salud, necesidades, servicios y políticas". México. Julio Frenk Editor, Fundación Mexicana para la Salud, 1999.
11. McAlister, A., *La violencia Juvenil en las Américas: Estudios innovadores de investigación, diagnóstico y prevención*. OPS - Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo. Washington, 1998.
12. OPS., *Violencia y Salud. Plan de Acción Regional*. Mimeo. Washington, 1998.
13. AA.VV., *Conferencia Regional sobre la Equidad de Género en América Latina y el Caribe*. Mimeo. Chile, 1998.

El llamado caso de "La Matanza de Lonco Luán" Una perspectiva antropológica (Pcia de Neuquén, Argentina)

Beatriz Kalinsky

Antropóloga. Docente e Investigadora Fac. Filosofía y Letras (UBA). Investigadora adjunta del Consejo Nac. de Investigaciones Científicas y Tecnológicas. José Hernández 2040, 14 "B" - 1426, Buenos Aires. Tel.: (011) 4784-5117. E-mail: beka@cotelco.com.ar

"Expediente 5413
Año 1978

Motivo: cuádruple homicidio y lesiones en riña.

Parte policial:

28 de agosto de 1978.

Se hace la denuncia en Aluminé al Jefe de la Regional II de Zapala.

Hallazgo de cuerpos sin vida así como un grupo de personas y niños se encontraban arrodillados cerca de una pequeña enramada de cañas colihue, dando la impresión de importarles poco el cadáver allí existente, como así se oían un rumor que provenía de esas personas, dando la impresión de que estaban rezando u orando. Al llegar la policía con el médico parecieron ignorarlos, ni siquiera los miraron para ver quiénes eran esas personas que se encontraban allí.

Notaron la presencia de otro cuerpo sin vida pero de una criatura, totalmente golpeados y con sangre, muertos hacía varias horas.

Eran unidades domésticas agrupadas. En una de las casas se encontraba Ana María Catalán, aterrorizada, encerrada junto a sus hijos ya que las personas reunidas en el exterior de las viviendas habían enloquecido y las próximas víctimas serían ellas y sus hijos. Sumamente nerviosa y aterrada. Se procedió a retirar y tratar de alejar a los niños de los mayores que seguían orando o emitiendo un raro sonido con la boca que era continuo y que se prolongaba a medida que ellos se acercaban al grupo del grupo.

Se intentó alejar a dos

hombres, Florencio y Ricardo del grupo y reaccionaron violentamente con cañas y palos diciendo "Ustedes dos son raíces del demonio. Son culebrones". Florencio gritó: "El pueblo luce. Se defienda". Pero el grupo no reaccionó dado que no se le dio la posibilidad y fueron reducidos de inmediato y conducidos en el camión de un comerciante de la zona. Ana María Catalán expresó la existencia de dos cadáveres más. Un niño que no sobrepasaría los cinco años, les condujo hasta la vivienda de Ana María Catalán, hizo pasar el cerco y encontraron el cuerpo de una tercera persona, un varón que no sobrepasaba los cinco años. El mismo menor los condujo a la casa de Florencio Painetru y no encontra-

ron el presunto cuarto cadáver de una nena.

Como contestación recibieron un "está muerta".

Todos manifiestan que al lugar de reunión llegaron unos Espíritus Malinos, a los cuales ellos combatieron con palos, patadas y pegándoles con los libros, los espíritus malinos habían entrado en los cuerpos que ellos mataron, transformados en "serpientes y sapos" y hablaron de haber matado a cuatro personas con esos "espíritus malos".

Viviendas: precarias, construidas de adobe y algunos galpones, corral circular y alrededor de las viviendas y un gran desorden en el patio ya que había palos, cañas colihue ganchos, piedras, y basura de todo tipo.

Resumen

De un acontecimiento único en la provincia del Neuquén (Argentina) ocurrido hace veinte años (cuádruple homicidio y lesiones leves) se intenta promover una mirada antropológica. En este trabajo se trabaja la hipótesis de que el grupo familiar en donde se produce esta tragedia no estaba aculturado como dicen las pericias. Al contrario, se trata de mostrar que pudo haber ocurrido una explosión de su estrato cultural original. Por otra parte, se muestra la insuficiencia de las medidas de seguridad tomadas con relación a la enfermedad mental.

Palabras clave: Homicidio - interculturalidad - enfermedad mental.

THE SO-CALLED "LA MATANZA DE LONCO LUÁN" (PROVINCE OF NEUQUÉN- ARGENTINE). AN ANTHROPOLOGICAL PERSPECTIVE.

Summary

Twenty years ago, on the Province of Neuquén occurred a quadruple homicide. It was a terrific event never seen before or afterward. In this paper we intend to promote an anthropological perspective of this case. Our hypothesis is that the familiar group was not aculturated as the examinations said. What happened was just the opposite. Furthermore, we intend to remark the failure of the security orders in relation to mental health's inmates.

Key Words: Homicide - interculturality - mental illness.

Hay otra vivienda construida en paredes tipo francesa, con cañas colihue con barro, la que sirve de cocina comedor y que es donde realizaban las reuniones de la secta según versiones de los vecinos.

Había una especie de enramada donde se encontraban orando los integrantes. Irma Graciela se encontraba muy cerca del cuerpo de su madre Sara Catalán. Se tiene conocimiento que en una vivienda ubicada a la vera del lago Aluminé se encontraría

en el domicilio de un menor que escapara del lugar de los hechos. Huyó refugiándose en el domicilio de su padre quien dice que el menor llegó muy asustado y manifestando que lo querían matar, pero no dio mayores detalles sobre lo sucedido.

Libros: *La Biblia* [3]
La Santa Biblia [3]
Nuevo Testamento [7]
Himnos Evangélicos [2]
La verdad que lleva vida eterna [3]
El Hombre al umbral de ser a salvo de la Angustia

Mundial [1]
Reino Eterno y Universal [1]
La Semilla Preciosa [1] (revista)
Amor y Obediencia [1]
El corazón del Hombre [1]
Parábolas [2]
Socorro de lo Alta [1]
Lecturas Bíblicas [1]

El mismo día interviene el juez, falta uno de los cadáveres que se encuentra en una fosa, alrededor del sitio hay cañas, palos, ganchos "carniceros", hachas, una pala tipo corazón con manchas de sangre. Fallecidos

Carmen Emilia Painitru (4 años)
Sara Catalán
Héctor Efraín (5 años)
Irma Graciela Painitru (2 años)

En síntesis, mueren una madre, *Sara Catalán*, dos de sus hijos, *Héctor e Irma* y una tercera niña, *Carmen*, hija de otro matrimonio de la misma familia.

Ana María Catalán es hermana de la fallecida Sara y Ricardo Painitru era quien oficiaba de pastor, ayudado por Florencio".

U

Un caso único en la historia del Neuquén y del país. Recordemos que todavía no existían los juicios orales y públicos de manera que lo que suele llamarse el principio de inmediatez no se cumplía. Por ejemplo, el fiscal casi no tuvo contacto con los trece detenidos.

El caso obviamente presenta diversas aristas, pero aquí nos ocuparemos del tema relativo a la salud mental de los detenidos. Como se sabe la única forma de declarar inimputable a alguien en nuestro Código Penal es probando que no podía entender la criminalidad de los hechos o si los entendía, que no podía dirigir sus acciones (Artículo 34, inciso 1 del Código Penal). En este caso, no se sustancia el proceso penal pero deben declararse obligatoriamente medidas de seguridad. Si bien la relación entre "locura" e inimputabilidad es compleja, en los hechos se los considera prácticamente sinónimos; teniendo presente que el concepto de "inimputabilidad" es exclusivamente jurídico y puede ser sólo declarado por los jueces.

Pero para ello necesitan apoyarse en pericias psiquiátricas y psicológicas y, en algunos casos, neurológicas para formarse un estado de convicción que permita declarar la inimputabilidad de alguien. Si así se diera, el inimputable no tiene responsabilidad penal por lo ocurrido y por ende no debe responder con una pena privativa de la libertad. Como suele decirse en el momento de los hechos "no estaba en sus cabales".

Llegados a este punto, deben declararse medidas de seguridad. Bajo el supuesto de que alguien declarado "inimputable" debe someterse a tratamiento psiquiátrico o psicológico hasta el momento en que se lo declare "normal".

En este caso se produce una situación

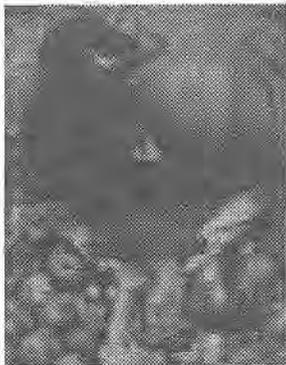
inédita y es que las pericias consideran que se trata de un "fenómeno grupal". Esto significa que no son las personas que están enfermas, sino que "encontrarse fuera de sus cabales" fue producto de una situación con características específicas en donde las relaciones entre ellos ocupan un papel central.

Pero, como para el Código Penal la "inimputabilidad" es declarable a las personas y no a las relaciones entre las personas —como lo son asimismo las medidas de seguridad—; y a pesar de que las pericias consideran que las personas en sí mismas no padecen ninguna enfermedad mental, deben "encontrarles" un justificativo para aplicar medidas de seguridad y no la cárcel.

Como todos (juez, defensores, fiscal y peritos) apuntan a la declaración de inimputabilidad deben contar con pericias contundentes.

Así, uno de los defensores habla de un homicidio de extraña etiología, o sea misterioso; dando un perfil característico de la época aunque con resabios actuales acerca de lo que significa "ser indígena": primitivismo irredento, confinamiento sin esperanza, miseria de siempre, condición humana frustrada, barbarie ancestral. Como los responsables son indígenas de ello se derivarían, según él, las siguientes consecuencias: incultura y personalidad paleofrénica. El medio paupérrimo que habitan los ha hundido en una patética inhumanidad de su existencia.

Dice que el indígena es un agente de responsabilidad disminuida, al cual la aplicación de la norma debe hacerse con el sentido y alcance tutelar que su malograda condición humana exige. Sus creencias, sus misterios, sus fobias, sus pánicos lo hunden sin remedio en la



irrealidad de sus formas. Pide que no haya detención preventiva y que se aplique la ley especial.

Por su lado, la pericia del Dr. Pagés Larraya, única en un género casi nada transitado por la justicia penal, hace irrelevante la figura de la no-comprensión de los actos por causas psicológicas o psiquiátricas.

Esta pericia da una clave antropológica sobre las probables causas de la tragedia: una sociedad que está a punto de desaparecer y que lucha por no hacerlo a pesar de todas las fuerzas que intentan integrarla a la sociedad blanca, occidental y cosmopolita.

El ingreso de la ideología pentecostal se produce por un resquebrajamiento importante de la identidad original, dando lugar al agravamiento de la crisis cultural, sobre todo por la confusión entre las figuras provenientes de una u otra fuente (mapuche y pentecostal).

El fracaso del supuesto pastor produce el descontrol de la situación y la salvación buscada se convierte en un caos, en su total revés.

Considera que no hay patología individual de ningún tipo y en ninguno de los imputados. Acepta las características dadas por el defensor acerca del "hombre primitivo" pero, esta vez, en un arco evolucionista en el sentido que todos las poseeríamos, pero en menor cuantía cuanto más encontrados estamos con la civilización racionalista de los ideales del Iluminismo.

Establece la figura de "estado de éxtasis místico" para dar cuenta de la situación acaecida, y dice directamente que ella se encuentra implícitamente contenida en lo que para los términos jurídicos serían "trastorno mental transitorio", produciéndose nuevamente una reducción de ese posible estado de éxtasis místico a los términos psicopatológicos, los únicos aceptados como condición de inimputabilidad por el artículo 34 inciso 1.

Advierte sobre la peligrosidad de estos estados para sí mismos y para los miembros de la misma etnia, elemento que va a ser tomado como central por la defensa una vez que se declaró su inimputabilidad y que funda, como dijimos, la segunda etapa de este largo proceso.

Sin embargo, la defensa pide otra pericia, esta vez a cargo del antropólogo Miguel Ángel González.

En ella se descartan todos los

factores de primitivismo antes apuntados y se señala como principal factor de desorganización la infiltración pentecostal y sus similitudes con los cultos mapuches originarios. Habla de posesión demoníaca, de estado de trance y de uso físico de la Biblia (que fuera usada para romper la cabeza de las víctimas). Pero, además, agrega algo que es fundamental según nuestra perspectiva; dice que el ingreso al pentecostalismo no ha borrado sus creencias en las brujerías.

En este sentido, el desequilibrio interno debido a esta infiltración foránea, de acuerdo con sus palabras, no habría impedido la expresión de estructuras típicamente mapuches como lo es la brujería.

Es la única vez que se menciona esta condición, ya que en el resto del expediente, junto con la opinión pública del momento, hay un acuerdo implícito acerca de que fue la aculturación —la pérdida de su cultura original— y su reemplazo, parcial o total por otra originada en el evangelio pentecostal la causa principal de este desaguisado. Se ha pasado de una a la otra sin solución de continuidad, como una suerte de imposición de un destino prefigurado, donde ya no queda lugar para el indígena y es necesario incorporarlo en los términos del progreso y el cuidado del Estado. En tanto este mandato no se cumpla, quedarán a la deriva, apropiándose malamente de cuanto creencia se les pase por su vista.

La fiscalía no acusa y la sentencia se basa en la inimputabilidad de todos sus protagonistas, haciendo la salvedad de la peligrosidad que implica la posibilidad de que los hechos vuelvan a repetirse.

Se sobresee a todos, y a cada uno de ellos se les indica un tratamiento "adecuado" para superar en un tiempo razonable el peligro que colectivamente significarían.

Eduardo del Río, el segundo de los defensores que actúa en la causa, a pedido de Eulogio Frites por entonces director de la Asociación Indígena de la República Argentina (AIRA) reflexiona veinte años después: "evidentemente los imputados no habían comprendido la criminalidad de los actos. Pero se determinó que eran peligrosos, que podían volver a reincidir en una conducta de este tipo. Eran peligrosos para sí mismos y para

otras personas. En ese momento todo el mundo coincidió en que la prueba producida era suficiente para acreditar la imputabilidad de todos. Nadie había entendido nada, más allá de las conductas individuales que cada uno pudo haber desarrollado. Era muy difícil suponer que uno era inimputable y el otro era homicida. Era muy difícil, por el ambiente y por las circunstancias que rodearon al hecho; no había ningún motivo para que alguien matara a otro, no se entrecruzaban intereses, no se aprovechó la ocasión para sacar a relucir rencillas particulares, no había intereses económicos o emotivos inusuales que pudiera haberlos inducido a "aprovecho estas circunstancias y lo mato". Era una comunidad pacífica, no había elementos para hacer pensar en una trama oculta. El homicidio ritual fue excluyente. No había otros factores que tuvieran relevancia como para hacer un cuadro distinto".

Ninguno de ellos es loco, pero todos son inimputables por un supuesto estado de inconsciencia fugaz que los afecta en forma individual, aunque se haya tratado de un ritual colectivo o de un sacrificio producido en formas de culto que son esencialmente grupales.

La segunda etapa se inicia con la necesidad de establecer medidas de seguridad hasta que se considere que la peligrosidad haya desaparecido.

Las medidas de seguridad desencadenan una serie de pericias que se hacen a cada uno de los involucrados en estos episodios, una vez declarada su inimputabilidad. Es decir, que a ninguno de ellos se lo considera sujeto de reproche penal pero, dado el estado potencial de peligrosidad grupal, ameritan algún resguardo porque pueden volver a repetirse los hechos en condiciones similares.

Se recalca que la peligrosidad es grupal, y que como primera medida preventiva no deben volver a Lonco Luán.

Veamos los antecedentes de la muerte de Sara Catalán.

En las declaraciones se dice que estaba endemoniada, se quería ir de la casa, caminaba lejos y luego volvía. Pretendía participar de la reunión pero no la dejaban. Dos de sus hijos también fallecieron en estos hechos.

R

Ricardo dice que ya se había curado con las oraciones, pero volvió el demonio a Sara Catalán porque era débil, y cuando el demonio se apoderó de ella era "la serpiente". Y recibió el mensaje de que no tenía que perdonarla más, y que había que eliminarla, y así la corrieron. Y que después de matarla entre todos no la volvió a ver a la Serpiente.

La madre de Sara dice que le contó que tenía mucho dolor de espaldas y brazos. Y le dijo que le habían dado dos culebras.

Otro testimonio de un familiar dice que Sara le tenía envidia a Ricardo, porque podía leer e interpretar la Biblia.

Un detenimiento casi tedioso en cada uno de los protagonistas nos permite, sin embargo, ver con claridad el rotundo fracaso de las medidas de seguridad que se les impusieron.

Ninguna de las medidas de seguridad que se propusieron tiene en cuenta el factor grupal; al contrario, se individualiza a cada uno y las familias son separadas en distintos lugares de detención.

Tampoco se reparó en la peligrosidad grupal en cuanto a las medidas de intervención psicológica propuestas.

No se trabajó sobre la "peligrosidad grupal" o sea su posición dentro de un ámbito que aparentemente desencadenó los hechos. Apenas se da cuenta, en forma parcial y desenfocada, de algunas de las relaciones interpersonales entre ellos.

Si bien la sentencia dicta la inimputabilidad por "éxtasis místico", argumentando un estado de inconsciencia que cabe dentro del artículo 34, inciso 1 del Código Penal, se trata de un diagnóstico grupal. Está claro que cada uno es individualmente inimputable, pero las razones que se alegan para declarar ese estado se fundan en una relación de grupo. Se desprecia la clave antropológica en la posible reproducción de los mismos hechos, en condiciones similares.

De ahí en más, las pericias desencadenan un sinnúmero de componentes patógenos en cada uno de los protagonistas, para sustentar dentro del marco del artículo 34, inciso 1 las medidas de seguridad. Si la "enfermedad" era de índole eminentemente grupal, condicionada por su ambiente y por factores de la dinámica cultural de ese momento histórico en particular, todos ellos aparecen personajes de otro mundo, aunque fueran los mismos. Es cierto que dos de ellos eran alcohólicos, y que el deterioro orgánico era realmente importante. Pero al momento de los hechos el alcohol no apareció y si bien causa necesaria no fue suficiente para

el hecho puntual que se está tratando en esas pericias.

"En realidad no tengo precisión sobre todos los detalles, pero si nosotros pedimos las medidas de seguridad es porque debemos haber considerado que eran necesarias. Yo tenía mucho trato con ellos, los veía convivir y los veía mal. Abrumados por todo esto, necesitaban reinsertarse en la sociedad y había que hacer ese proceso de reinsertación. Pero nunca pasaron de Neuquén, todos hicieron tratamiento ambulatorio", dice Eduardo del Río.

Pero una cosa es pedir medidas de seguridad porque se supone que tremendo episodio no puede sino dejar profundamente conmovidos a sus protagonistas, alejados de su lugar de trabajo y de vida, con muertos de su propia familia y con serias dificultades para dar un sentido a lo ocurrido, y otra bastante distinta que todos, sin excepción, padecieran enfermedades de tipo psiquiátrico que, dicho de una forma poco elegante, "salieron de la galera" para cumplimentar con lo que dice la ley respecto de las medidas de seguridad.

¿O es que esas enfermedades psiquiátricas precedieron a los hechos y los desencadenaron? No olvidemos que todo el grupo se sentía enfermo, les dolía el cuerpo, Sara se quejaba de dolor de espaldas y brazos, otros decían que algo no andaba bien, o al menos no como siempre.

Debemos admitir, como lo hizo Eduardo del Río en nuestra conversación, que el concepto de inimputabilidad está directamente asociado a las formas de ejecución de la pena, que en el caso de las medidas de seguridad significan lisa y llanamente la enfermedad mental. Nada de esto tendría sentido si no fuera así.

Las medidas de seguridad deberían haber tenido más apoyo en el factor cultural que en el factor psiquiátrico, pero nadie parece haberse apercibido de este tema, salvo el perito de Cámara. Y si así hubiera sido, no se hubieran podido poner en marcha procedimientos al respecto. Tampoco hoy estamos preparados para semejante empresa.

De repente, todos un mismo día, se curan y a todos en ese mismo día se les da el alta. Las medidas de seguridad se dan por cumplidas porque ya no tenían ninguna peligrosidad. Quien insta a que se revoquen las medidas cautelares es el defensor y el juez las dio por cumplidas, por los informes, por lo que comentaba la gente, por los vecinos.

O se curaron solos o nunca estuvieron enfermos.



O, según nuestra hipótesis de trabajo, sufrían de una enfermedad que no puede ser atendida ni en hospitales, ni con médicos o psiquiatras. Es posible que ellos tuvieran un "daño", porque las relaciones interpersonales estaban resquebrajadas, todos se sentían enfermos en forma muy ambivalente y todos juntos sentían que las cosas no iban bien. El culto pentecostal les dio un salvavidas con el que creyeron poder salir a flote. Pero resultó un rotundo fracaso, porque el "idioma pentecostal" no es el "idioma mapuche" en que se expresa la enfermedad.

Y así llegamos al resultado paradójico que mencionamos al principio y que ahora podrá entenderse con mayores elementos de juicio.

Se implementan las medidas de seguridad porque se considera, no sin razón, que existe una peligrosidad grupal: los miembros reunidos en esa matanza ritual, en un ambiente con condiciones especiales pueden volver a repetir el episodio. Un ayuno de casi cuatro días, sin dormir, solo tomando mate, orando todo el día, con un estado de consciencia en donde se había perdido un sentido de realidad, una cierta objetividad de las causas que les hacían sentir enfermos o, en especial de la enfermedad de la que Sara se quejaba. Un clima extremo, la anulación de la palabra y la entrada en la acción criminal sin poder discriminar entre la entidad del mal—como quiera que fuese denominada y concebida— y quien era portadora de ella, hacen un cuadro difícil de pronosticar.

Sin embargo, no hay ninguna indicación terapéutica respecto de los vínculos que esta familia mantenía entre sí, más allá de una marcación étnica que queda descreditada por la sentencia.

Se toma a cada uno de los protagonistas como un individuo aislado, separado del grupo en donde residiría dicha peligrosidad. Ninguno de ellos es peligroso por sí mismo, sino en esas especialísimas condiciones. La dependencia de ese grupo, replegado en sí mismo, haría detonar la posible reiteración del episodio. Son los vínculos y no las personas mismas quienes debieron haber sido objeto de la atención terapéutica.

Sin embargo, no sólo se diagnostican patologías individuales y tratamientos específicos para cada una de ellas, sino que aún en las condiciones de detención había indicios bien marcados que advertían sobre sus dificultades relacionales; no se toma ninguna medida destinada a enfocar esos nuevos vínculos que surgieron a partir de la detención y que, se puede sospechar, tenían que ver con los mantenidos antes y durante el desarrollo de los acontecimientos.

Dadas así las cosas, y ante la imposibilidad o negativa voluntaria del Juez Simonelli para que fueran internados en manicomios—especialmente los que habían sido destinados al Hospital "J. T. Borda" de Buenos Aires porque era, sin duda una condena a muerte— permanecen todo el tiempo que duran las medidas de seguridad en sus lugares de detención, siendo atendidos casi siempre para hacer nuevas pericias y, esporádicamente para centrarse en los tratamientos ambulatorios que finalmente se ordenan para cada uno de ellos.

Tantos años cansan. Sólo concurren tres veces para su "terapia". No sabemos, porque no surge del expediente, de la continuidad de los tratamientos ni de los progresos paulatinos que se esperan de un tratamiento psicoterapéutico. Tampoco sabemos qué significaban esos tratamientos para sus protagonistas, o sea los propios pacientes.

Y los pacientes pierden la paciencia. Empiezan a moverse, con o sin el conocimiento del juez, por su propia cuenta.

Por otro lado, muchos de ellos inician actividades para su necesario sustento: las mujeres hilado y tejido. Se trasladan "libremente" a Lonco Luán a buscar materiales, más allá de los que les proporciona una funcionaria de Acción Social.

En otras palabras, habiendo sido declarados inimputables y en vista de la continuación que en ese momento parecía indeterminada de sus condiciones de detención, cada uno de ellos va tomándose un margen de libertad a lo que el Juez accede con conocimiento o cuando se va enterando ante sus requerimientos del estado de la causa, pero que en ningún

momento prohíbe o llama la atención a sus protagonistas.

Las familias retornan lentamente a su conformación antes que el Juez lo dispusiera, sin hacer mucho caso de la justicia, "como si" estuvieran en libertad. Salen por sus propios medios de una situación que con el tiempo se hizo insostenible para todos, y son ellos quienes toman las primeras decisiones al respecto, luego avaladas por el Juez hasta que cesan las medidas de seguridad. Este último acto, de una importancia crucial para la finalización de la causa, los toma casi desprevenidos y no parece revestir ninguna modificación importante a cómo habían arreglado sus vidas de antemano, antes de la decisión judicial.

En otras palabras, desaparece la tan mentada "peligrosidad grupal" como por arte de magia, porque las condiciones no eran las mismas. Pero, ¿cuáles fueron realmente esas condiciones?

Volvamos a los protagonistas de Lonco Luán.

En primer término, las pericias hablan de un "sincretismo cultural" entre el sustrato mapuche y la visión planteada por el pentecostalismo. Aunque haya contradicciones muy fuertes entre ellas—como el tema de la salvación individual, la evasión radical del mundo, el pecado individual y en general el carácter individualista de este culto— pueden ser *pasadas* por alto si se lo juzga conveniente (por ejemplo, para sobreponerse a la ingesta excesiva de alcohol); y, ante la crisis cultural, se adopta el pentecostalismo sin aparentes secuelas de su anterior cosmovisión. Pero el pentecostalismo es un culto esencialmente dogmático, así como lo son sus propuestas.

Consideramos que la idea de "sincretismo" es escasa para dar cuenta de los procesos de reacomodamiento social y cultural ante condiciones históricas inéditas. No dudamos que coexisten representaciones y convicciones, intactas, con estados variables de autonomía, más o menos ajenas unas a las otras, pero a la vez. Pero no es obligación que la cosmovisión mapuche se deba trasmutar al culto pentecostal; más aún con el carácter dogmático que adjudicamos a este último.

U

Un testimonio de un poblador mapuche actual de esa zona nos dice: "No hay mayores beneficios con la introducción de los pentecostales en la zona. Los mapuches somos mapuches, estamos muy conformes con nuestra religión y nuestros representantes. Éstos tratan de informar nuestra situación y no hay necesidad de escuchar lo que traen los demás. Se entiende que lo que vale es lo tradicional". Y sigue considerando que la entrada al culto pentecostal puede ser vivida como una traición, porque la historia mapuche limpia y purifica la religión. Las otras religiones perturban sus creencias. "Cuando se hace evangelista a uno se le extravía el conocimiento", sigue diciendo.

La religión mapuche no constituía un sistema rígidamente estructurado ni poseía un panteón definido.

Se trataba más bien de creencias muy vagas sobre un conjunto de fuerzas asociadas a los principios del bien y el mal. Principios que tomaban diferentes nombres según la región, así como un conjunto de prácticas individuales y colectivas vinculadas a las mismas.

Los mapuches no creían en el demonio. Esta figura es tan solo una proyección y confirmación de la ideología medieval europea sobre la hechicería, donde el lazo con el demonio era la nota relevante (siglo XVI).

Las creencias religiosas mapuches se configuran como un dualismo entre espíritus buenos y malos. El primer grupo es el que concede beneficios, los del segundo conspiran constantemente contra la felicidad y la vida de los hombres. Y a la voz del Pillán, representante del segundo grupo, se la asimiló a la del demonio; primero por el catolicismo y retomada, después, por los cultos evangélicos y pentecostales propiamente dichos.

El Pillán es una fuerza múltiple. Es lo vigoroso, lo extraordinario, lo poderoso. En tanto el Wekufú, también una entidad multipresencial, es lo prodigioso o lo tremendo. Es una entidad equilibradora, en sentido literal es "el que compone echando a perder". La imagen del dios mapuche está asociada a un esquema de reciprocidad, donde la divinidad aparece como donante de toda clase de beneficios y donde el mapuche debe hacer una serie de contraprestaciones para restablecer la reciprocidad, so pena de castigos.

La machi controla el conocimiento esotérico de los códigos sagrados y normas de la sociedad mapuche. Pero solo domina una parte de ese conocimiento porque son *controladas* por la comunidad, ya que pesa sobre ella una ambigüedad que es producto de su contacto

con lo *numinoso* y por eso pueden ser vistas como fuerzas del mal.

El pentecostalismo, que convoca a la religiosidad popular, sólo ha tenido influencia en los ritos pero no en el plano de las creencias.

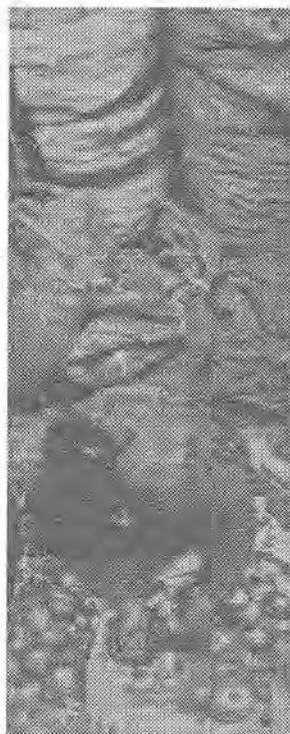
Para la cultura mapuche la enfermedad es lo que religiosamente puede ser más impuro: ella es objeto de muchas de las prácticas rituales y las creencias sobre el mal y el bien se aferran a la necesidad de conservación de la salud comunitaria.

En el caso de Lonco Luán, si bien se sostuvo en las pericias que el factor desencadenante de la tragedia fue una suerte de confusión de religiones, en donde la influencia foránea condujo a una desorganización que no pudo ser contenida por los miembros participantes, pueden plantearse otras hipótesis.

A pesar de la importante conversión del mapuche a la religión pentecostal, sigue habiendo un profundo estrato religioso mapuche, original, enmascarado con ropaje pentecostal que no deja de tener pertinencia a la hora de decidir sobre la enfermedad y los pasos a seguir en el caso que se presente.

La idea del maligno, bien puede ser interpretada como una de las posibles presencias de las fuerzas del mal, multipresentes y multiconvocantes para la religión mapuche.

La evangelización católica no pudo cumplir con sus objetivos, y la pentecostal solo a medias. Creemos que no se produjo un "sincretismo religioso", en cuanto a que las entidades de una cosmovisión quedan apagadas y subsumidas a otra. Por el contrario, las entidades originales de la cosmovisión mapuche tienen una profunda vigencia. Entonces, las fuerzas que se jugaron en esos episodios no fueron producidas por haber renegado de alguna forma de la visión mapuche y haber tomado una ideología extraña que no podían comprender o sobre la cual no tenían un manejo adecuado para salvaguardar la salud de la gente; por el contrario, y por lo que queda dicho por los mismos protagonistas cuando narran su estado de ánimo y sus visiones durante los episodios —en especial la figura del chonchón, el culebrón, las víboras, el viento frío y algo que revoleaba como el viento (remolinos de viento), la terminación del mundo— queda prefigurada una explosión de ese estrato de identidad mapuche, que es lo que no pueden controlar. Ese estallido involuntario fue lo que verdaderamente los asustó y los hizo salir de todo control posible. Su "verdadera" identidad fue descubierta durante un culto que se creía proveniente de una fuente completamente diferente e in-



compatible. "Prefiero que muera uno y no perder a todo el pueblo" exclama Ricardo. "Fuimos triunfadores porque si no estaríamos todos muertos", dice otro de los protagonistas. Y refrenda Ricardo: "La autoridad a mí no me cree que hay un espíritu maligno".

Por otra parte, el estado de éxtasis es propio de una forma alternativa de consciencia que se usa para la comunicación con las entidades trascendentales y con los antepasados. Pero no es aceptado ni usado por la gente común sino por quienes pueden y están legítimamente autorizados para lograrlo. Este éxtasis de Lonco Luán fue un triste remedo de aquél de las machis. Fueron más bien causas externas las que hicieron que toda la situación desembocara en una tragedia sin nombre: hambre, sueño, malestares difusos, sensaciones ambivalentes sobre quiénes eran los que estaban allí reunidos, pérdida de un sentido de realidad que les permitiera detenerse a pensar, rotura de los lazos vinculares y, por momen-

tos, sometimiento –quizá por la fuerza de la situación– a una autoridad que hizo las veces de un guía que erró el camino.

El culto pentecostal, en este caso, revivió con una intensidad inigualable la identidad mapuche que nunca dejó de estar presente y vigente.

Lamentablemente las cosas sucedieron así, y el sacrificio marcó el límite. Los muertos representaron el vacío existencial que se presentó inusitadamente como un bache de identidad, que traspuso toda otra forma posible de actuar. Por eso es que todos fueron víctimas de un fracaso en la recuperación de formas pacíficas de enfrentar los problemas de la vida, como el de la enfermedad, que no es uno menor.

A nuestro parecer ninguno de ellos fue inimputable, ni por ser indígenas, ni por ser indígenas mapuches, ni por comprender sus acciones, ni por estado de inconsciencia ni por éxtasis místico. En todo casi fueron inimputables por

las condiciones geopolíticas a las que todavía hoy están sometidos, en las que se les impide vivir tal como la ley mapuche lo marca. Pero este ya no es un problema estrictamente jurídico-penal.

Ninguno de ellos estaba loco, como bien lo señalan las pericias, ni tampoco fueron presa de un estado de inconsciencia fugaz que no les permitió controlar sus actos. Ellos intentaron por todos los medios, aún utilizando una forma drástica y horrorosa, de restaurar y reafirmar una identidad que les venía siendo negada. La conversión al catolicismo o al pentecostalismo nunca fue por propia voluntad, sino por una voluntad cercenada en sus bases más íntimas: el irrespeto por lo que les fuera profundamente sagrado y dador de sentido a sus vidas.

La divinidad siempre les exigió sacrificios pero sometida ahora al idioma del blanco se transforma en algo impuro en sí mismo. Y eso provoca una pérdida irremediable de las bases de su identidad ■



Bibliografía

- Kirmayer, L. J., Healing and the Invention of Metaphor: The Effectiveness of Symbols Revisited. *Culture, Medicine, and Psychiatry* 17 (2): 161-196, 1993
- Kirmayer, L. J., The Body's Insistence on Meaning: Metaphor as Presentations

- and Representation in Illness Experience. *Medical Anthropology Quarterly* 6 (4): 323-346, 1992
- Foerster, R. *Introducción a la religiosidad mapuche*. Chile, Editorial Universitaria, 1993

- Peters, L. Rites of Passage and the Borderline Syndrome: Perspectives in Transpersonal Anthropology. *Anthropology of Consciousness* 5 (1), 1994

Estrategia para el manejo de pacientes agresivos

Gustavo Federico Carlsson

Médico psiquiatra (UBA). Presidente del Capítulo de Emergencias Psiquiátricas de APSA (Asoc. de Psiquiatras Argentinos).

Jefe de Psiquiatría del Centro Privado de Psicoterapias.

Paraguay 3485 1ª C (1425) Buenos Aires; E-mail: gcarlsson@sinectis.com.ar.

Introducción

La violencia es un fenómeno que se produce en todo el mundo y en todos los estratos de la sociedad. La mayoría de la gente ha visto un episodio de agresión, la ha sentido o vivido; o seguramente le ha temido. Como terapeutas nos habremos enfrentado alguna vez con un paciente paranoide que amenaza con matar a alguien, un adolescente que luego de una disputa familiar rompe el mobiliario de la su habitación, una persona intoxicada que agrede indiscriminadamente a su entorno, un hombre que golpea a su pareja. Ante estas situaciones nos preguntamos: –“¿qué hacer?”; –“¿podrá volver a repetir la conducta violenta o las amenazas lesionando a alguien?”; –“si intervengo, ¿empeorará la situación o me pondré en riesgo?”; –“¿convendrá llamar a la policía?”. Por otro lado, genera distintas respuestas

emocionales y contratransferenciales que –de no ser tenidas en cuenta– dificultarán la tarea(8).

Estas posibilidades son:

1. Miedo a ser dañados, a la lesión de terceros, a las consecuencias legales de un mal manejo de la situación;
2. Enojo por lo incomprensible que resulta que una persona intente herir física o emocionalmente a otra;
3. Negación de la potencial violencia de una persona;
4. Por la intensa presión social a actuar en dirección hacia el causante de la agresión.

Un terapeuta asustado o enojado difícilmente sea objetivo y tenga la claridad suficiente para evaluar alternativas diagnósticas y terapéuticas, lo que conducirá a tomar medidas intempestivas e inadecuadas. Por ello es fundamental tener una metodología sistematizada; una suerte de “mapa” que nos guíe en estas

Resumen

Las conductas agresivas se producen al interactuar factores individuales y contextuales. Entre los primeros, se destacarán las distorsiones cognitivas y la dificultad para lograr una comunicación adaptativa y adecuada. Entre los segundos, las conductas del entorno familiar y social que favorecerán la expresión de una conducta agresiva o su mantenimiento de manera estereotipada. El poder identificar en la emergencia estos patrones desadaptativos y establecer con el paciente y su familia un estilo de comunicación diferente, favoreciendo una distinta interacción, ayudará a modificar esos viejos modelos. Por otra parte, disminuirá el grado de tensión y estrés –por ende la violencia del cuadro actual– y así, se favorecerá el manejo de ulteriores episodios. Se planteará la manera de comunicarse en situaciones de alto estrés, haciendo énfasis en la predicción de la conducta violenta y la seguridad del terapeuta, delineando estrategias generales para el manejo de estos casos dentro del marco teórico estratégico sistémico y cognitivo conductual.

Palabras clave: Agresión – Violencia – Comunicación – Interacción – Estrategias.

STRATEGY FOR MANAGEMENT OF AGGRESSIVE PATIENTS

Summary

The aggressive behaviors are produced by the interaction of individual and contextual factors. Among the first ones, the cognitive distortions and the difficulty to achieve an appropriate communication stand out. Among the last ones, family behaviors and social environment favoring the expression of an aggressive behavior or their maintenance in a stereotyped way. The possibility of identify in the emergency situation these inadequate patron and to settle down with the patient and their family a style of different communication, favoring a different interaction, would help to modify those old models. On the other hand, it would diminish the degree of tension and stress –and so the violence of the current situation – and in this way, the handling of ulterior episodes would be favored. The communication in situations of high stress are presented, emphasising the prediction of the violent behavior and the therapist's security, delineating general strategies for the management of these cases from the systemic strategic and cognitive-behavioral theoretical perspective.

Key Words: Aggression – Violence – Communication – Interaction – Strategies.

situaciones de alto grado de estrés. Éste pretende ser el objetivo de este artículo.

Definiremos a la agresión como algún tipo de conducta, tanto física como simbólica, que se ejecuta con la intención de herir a alguien. Aunque parecen tener significados similares, agresión y violencia no son conceptos congruentes. La violencia está referida al daño físico de una persona u objeto pero no siempre con intencionalidad hostil. El concepto de agresión es más amplio e incluye a la violencia dentro de él, y, además, se refiere a las amenazas o a la acción hostil que puede ser no sólo física sino también verbal, sexual, vocal (gritos, ruidos)(4).

La violencia o agresión es una causa habitual de consulta en los servicios de emergencias psiquiátricas. Aproximadamente un tercio de las admisiones en un servicio de psiquiatría fueron precedidas por episodios agresivos(6). A éstos se suma el porcentaje –ya significativo–, que no llega a la consulta médica. Esto da una idea de la magnitud del problema, que, por otro lado, no es lo suficientemente estudiado y frecuentemente subtratado.

Partimos del concepto de que la agresión es consecuencia de varios factores que interactúan (biológicos, psicológicos, físicos, sociales) y no la mera expresión de una patología individual. Existe una predisposición biológica sobre la que actuarán factores tóxicos, clínicos, intrapsíquicos y contextuales. El abordaje terapéutico no se centrará sobre el autor de la conducta sino también sobre el contexto con el cual interactúa. Por ejemplo, no pensaremos solamente en un esquizofrénico agresivo, sino en alguien que además de padecer un trastorno de este tipo, pueda estar intoxicado con alcohol, o que padezca alguna patología clínica que actúe como factor de disminución de su umbral de control de la agresión, que no duerme desde dos días atrás, o con algún estresor contextual que favorece o dispara su violencia.

El manejo de pacientes agresivos requiere, por lo tanto, un abordaje multifactorial, que incluya el diagnóstico diferencial de sus causas (clínicas y contextuales), intervenciones psicofarmacológicas

cas, el conocimiento de elementos de comunicación en situaciones de alto estrés o peligro y el manejo estratégico y cognitivo conductual de dichas situaciones.

Seguridad del terapeuta

Toda situación de violencia o agresión debe ser considerada a priori como peligrosa. Así como la seguridad de una potencial víctima es un objetivo principal, la nuestra como terapeutas debe ser el primer punto a considerar.

Si estamos preocupados por nuestra integridad física, no sólo tendremos dificultades en concentrarnos y pensar claramente, sino que tampoco podremos transmitir seguridad y calma al paciente y su familia. Muchas veces la conducta agresiva es consecuencia del miedo o la ansiedad, los que serán reforzados por la aprensión de un terapeuta intimidado. El apoyo de un equipo terapéutico o –de ser necesario– de personal de seguridad o policía, ayudará a poder trabajar más eficientemente y será una muestra de firmeza o límites que colaborará para que el paciente pueda recuperar parte de su autocontrol.

En el entorno institucional, el paciente puede disminuir su agresividad debido al contexto, pero resulta más difícil o riesgoso cuando la entrevista se realiza en el consultorio o en el domicilio. En este último caso no debemos olvidar que se trata de “su” terreno,

por lo que debemos actuar con más cautela. Debemos evitar entrevistarlos estando solos en una habitación o en la cocina donde haya elementos cortantes. Es conveniente que otros integrantes de la familia estén presentes, especialmente quienes resulten de confianza para el paciente, evitando a los que resulten un factor potencialmente irritativo y disparador de una conducta agresiva. En caso de ser llamados y sospechase la presencia de armas en el domicilio, o estar el paciente en posesión de alguna, no debemos concurrir solos. En esta situación será preferible coordinar con la policía y concurrir en forma conjunta. Debemos tener en cuenta que en muchas ocasiones el paciente no fue el que solicitó nuestra presencia y ni siquiera definió el problema como de naturaleza psicológica o psiquiátrica, por lo que la presencia del terapeuta podrá provocar el enojo y el aumento de su agresividad.

En principio, debemos poder optar por el lugar donde se efectuará la entrevista. Conviene que la puerta de salida esté cerca nuestro, pero también que el paciente no se sienta “arrinconado”. Por eso, lo ideal es que el paciente tenga en su ubicación, igual acceso a la puerta que nosotros, manteniéndola siempre abierta o semiabierta. Sostendremos cierta distancia física con el paciente, ya que la proximidad puede resultar atemorizadora, –especialmente para los psicóticos– o peligrosa para nosotros.

Tabla Nº 1
Seguridad del terapeuta

- Siempre asegurar nuestra integridad física.
- No estar solos con pacientes agresivos.
- Posibilidad de contar con apoyo (equipo terapéutico o paramédico, policía).
- Estar atentos a señales de violencia inminente.
- Estar equidistante con el paciente de la puerta de salida.
- Preferiblemente, puerta en un lateral, abierta o semiabierta.
- Que no haya elementos hirientes en el lugar de la entrevista.

En emergencias domiciliarias

- Si existen armas, concurrir con la Policía.
- Exigir la presencia de terceros en el domicilio.
- No entrevistar en habitación cerrada o cocina.

S

Si el paciente optara por no sentarse, convendrá que nos mantengamos también de pie, lo que generará una posición simétrica y una equilibrada distribución de poder.

En síntesis, no debemos afrontar una situación de violencia si no nos sentimos tranquilos con respecto a nuestra propia seguridad. Esto no debe llevar a evitar estos casos, ni tampoco a actuar como "héroes omnipotentes". Deben evaluarse los parámetros que nos permitan tomar las medidas de prevención necesarias. De otra manera, nuestra tarea será ineficaz y riesgosa. (Tabla N° 1).

Evaluación y predicción de la conducta violenta

Cuando es requerida nuestra presencia para asistir a un paciente violento, en muchas oportunidades nos encontraremos con una persona de apariencia serena. Esto no significa que no pueda volverse intempestivamente agresivo. La conducta violenta es obvia, pero la potencialidad agresiva o la violencia inminente puede omitirse con facilidad, a veces con consecuencias trágicas.

En algunas oportunidades, un paciente puede revelarnos el componente ideatorio de la agresión (ideas homicidas o fantasías de ejercer violencia contra alguien). O bien, el componente emocional (enojo intenso que pueda actuar como facilitador de la conducta, o el temor -factor inhibitorio- de perder el control).

Existe una serie de indicadores que nos permitirá predecir si esa persona presenta peligrosidad. En las emergencias domiciliarias debemos obtener esta información previamente a concurrir al domicilio, ya que ella definirá si lo hacemos solos, con una ambulancia o la policía.

Esta información incluirá antecedentes personales y familiares de violencia; características de la conducta agresiva y su gravedad, influencia del entorno, datos demográficos. Asimismo, será fundamental descartar la presencia de un cuadro de intoxicación o abstinencia, patología orgánica -especialmente del SNC- diagnóstico psiquiátrico previo y sindrómico actual. Finalmente, si se trata de un violento crónico (Tabla N° 2).

Por otro lado, habrá signos presentados por el paciente que nos harán pensar en la posibilidad de la inminencia de una conducta violenta (Tabla N° 3).

La comunicación con un paciente agresivo

El desarrollar adecuadas habilidades de comunicación es un elemento fundamental para este tipo de situaciones que implican alto grado de estrés o riesgo.

En una situación de crisis el terapeuta intentará comunicarse con alguien que no comparte su realidad o percepción del mundo. Puede que el paciente viva en un sistema de valores totalmente diferente; puede provenir de un *background* socioeconómico distinto.

Por ello, una de las primeras tareas es entender su punto de vista, su mundo, sus creencias, y, a su vez, establecer comunicación con él de una manera concordante con esa visión.

Mucho de lo que cada uno de nosotros considera como realidad consiste en la suma total de nuestro set de creencias, el cual construimos de manera personal y única(3). Al descubrir la discrepancia entre la concepción del paciente y la nuestra, tenemos dos alternativas: cambiar las condiciones de la realidad o cambiar la percepción que él tiene del mundo. Esta última tiende a que el paciente pueda ver otras formas, no violentas, de resolver sus dificultades.

Establecer un vínculo a través del lenguaje es un proceso sutil. Por ejemplo, ante un psicótico, el tener una relación cercana tempranamente -como ocurre habitualmente en una emergencia-, puede generar más temor y por consiguiente exacerbar la conducta agresiva.

Las personas comienzan a estructurar y establecer reglas para una relación desde el primer instante del encuentro. El primer objetivo es generar una sólida alianza con el paciente. Esto es de fundamental importancia en situaciones de emergencia, ya que de esta manera, el terapeuta podrá tener control del desarrollo del vínculo, y el paciente se sentirá comfortable con la relación. Así, será más fácil inducir a la persona en crisis a colaborar participativamente y a vernos a nosotros como aliados.

Muchos pacientes agresivos actúan de tal manera para verse a sí mismos como una persona poderosa. Si no lo tenemos en cuenta (por ejemplo estableciendo un vínculo desde el inicio de la relación a través del tuteo que puede ser interpretado como desvalorización o muestra de autoridad) lo llevará a escalar en su conducta agresiva. Muchos, detrás de su aparente "grandiosidad", se sienten profundamente inadecuados. Con escasa autoestima y ante cualquier cosa que el terapeuta haga para reforzar ese sentimien-



to, el paciente puede protagonizar una escalada de violencia.

Por el contrario, otras personas se sienten incómodas al ser tratadas con extrema deferencia. Por ello, se debe estar atento a las claves que nos indicarán cómo tratarlos. En general, la mayoría se siente más cómoda si el terapeuta se ubica en una posición asimétrica, sutilmente superior, respetuosa, pero teniendo el control de la situación y llevando adelante la entrevista. Esto alivia a muchos pacientes que necesitan que se los ayude a retomar el control de impulsos a los cuales frecuentemente temen.

En ningún momento debemos mostrarnos críticos, sino tratar de comprender y aceptar sus sentimientos y su dificultad para controlar esos impulsos, pero siempre dejando claro que sus conductas abusivas, manipulativas o agresivas no son aceptables. Esto se logra más adecuadamente a través de una escucha cuidadosa e involucrándolo en un diálogo.

Cómo conducirse en situaciones de violencia

Tradicionalmente, el manejo de los pacientes agresivos incluía pocas alternativas: medicación, contención física, hospitalización. Estas medidas permitían disminuir el riesgo y mejorar la situación de algunos de ellos. Sin embargo, en la mayoría de los casos se trataba de un resultado parcial o transitorio, ya que no modificaban los patrones de interacción que generaban las respuestas agresivas y no le permitían ni a la familia ni al paciente manejar futuras situaciones de agresión al no detectar estresores que disparaban la conducta violenta.

Como se mencionó anteriormente, el abordaje se hace desde una concepción multifactorial, donde además de los aspectos biológicos e individuales, tenemos en cuenta la interacción con el contexto ya que puede agravar o desencadenar la conducta violenta. Por otro lado, la forma en que se encare la emergencia servirá como un modelo distinto de comunicación que no sólo disminuirá el grado de tensión sino que mostrará al paciente y a su entorno, formas alternativas de ver una realidad probablemente estereotipada.

Tabla Nº 2 Predicción de la conducta violenta

Determinar:

- *Intoxicación o abstinencia de drogas o alcohol.*
- *Patología orgánica.*
- *Patología psiquiátrica mayor.*
- *Violencia crónica* (Personalidades antisocial, borderline o narcisista).
- *Antecedentes de episodios violentos:* características, patrones repetitivos, grado de violencia.
- *Conductas impulsivas previas:* peleas, accidentes, intentos de suicidio, gasto excesivo, etc.
- *Grupo demográfico de riesgo:* hombre, joven, nivel socioeconómico bajo.
- *Episodio actual:* desencadenantes, influencia de factores contextuales, planificado o impulsivo, egosintónico o egodistónico.
- *Presencia o acceso a armas.*

Tabla Nº 3 Signos de violencia inminente

- *Tensión muscular incrementada* (mandíbula - manos).
- *Inquietud motora:* camina, se mueve permanentemente, golpea o rompe objetos.
- *Agresividad verbal:* habla en voz alta, grita, insulta, hace comentarios provocativos en voz baja.
- *Autoagresión:* tirarse de los pelos, lastimarse o cortarse, golpearse.
- *Heteroagresión:* amenazas, empujones, golpes, blandir armas u objetos hirientes.

Tabla Nº 4 Comunicación en situaciones de alto riesgo

- Tener tiempo.
- Hablar de manera pausada y calma.
- Hablar en estilo conversacional, no inquisitivo.
- No juzgar, criticar ni humillar.
- Respetar la posición del paciente.
- No moralizar ni pontificar.
- Intentar comprenderlo y empatizar.
- Preguntas claras y concretas.
- No hablar en términos psicológicos sino de dificultades.
- No interpretar.
- Establecer un vínculo ligeramente asimétrico.
- No mostrarse ni autoritario ni débil.

Tabla Nº 5 Programa de control de impulsos

- Desarrollar motivación para cooperar.
- Identificar un impulso a controlar.
- Evaluación de ventajas y desventajas de controlar dicho impulso.
- Evaluación de obstáculos y resistencias para controlar la conducta.
- Seleccionar una conducta alternativa a la controlada.
- Planificar la implementación de la conducta alternativa.
- Evaluación de resultados.
- Seleccionar un segundo impulso a controlar.
- Repetir metodología.

(Boyll & Freeman, 1992)



La primera consigna es no apresurarse. Las características de la situación, la presión –tanto familiar como social– para que actuemos y nuestra propia urgencia para resolver rápidamente el problema, nos puede llevar a actuar de manera intempestiva y por ende, ineficaz y hasta peligrosa. Hay que tomarse tiempo, tener paciencia y pensar cuidadosamente, escuchando y observando al paciente y su entorno sin ingresar en el circuito de pánico en el cual muchas veces están inmersos. Estando serenos, evaluando los distintos parámetros necesarios para saber qué acción tomar, transmitiremos una sensación de seguridad y de control de la situación. Para ello, y vale insistir, debemos estar absolutamente tranquilos con respecto a nuestra integridad física.

En primer lugar, debemos obtener información y al mismo tiempo establecer una fuerte alianza terapéutica. Si la emergencia se realiza en el domicilio del paciente trataremos de lograr estos objetivos fundamentales desde la que llamamos preentrevista telefónica. De esto se desprende un importante concepto: no se debe concurrir a una emergencia ambulatoria sin antes haber hecho una evaluación de la situación, el grado de peligrosidad, la posible existencia de armas, quiénes están presentes.

En lo posible, deberemos acordar con ellos nuestra concurrencia, incluido el agresor. Esto nos permite lograr tres objetivos:

1. tener información,
2. establecer un vínculo comprensivo y no crítico,
3. comenzar a organizar la situación y sembrar la idea de que existen alternativas diferentes a las implementadas hasta el momento para comenzar a resolver el problema.

La información incluye el comprender las causas de la conducta agresiva y una idea somera del diagnóstico clínico y del circuito que favoreció su génesis. La agresión es un fenómeno muy complejo y –sin detallar las distintas etiologías que excederían los objetivos de este artículo– algunos tipos de conducta agresiva son más frecuentes en la práctica clínica. A saber:

1. Interpretaciones/cogniciones patológicas de estímulos del mundo externo que llevan a respuestas agresivas aberrantes.
2. Estados de *arousal* patológico que llevan a una disminución anormal del umbral para luego responder con agresión, incluso ante una provocación normal.
3. Procesos orgánicos patológicos del SNC que pueden interactuar con sustra-

tos neurológicos para la conducta agresiva sin necesidad de provocación externa.

En una primera evaluación habrá que determinar si existe un cuadro de intoxicación o abstinencia, un diagnóstico de patología psiquiátrica previa o un trastorno psicoorgánico o clínico que pueda generar o favorecer el cuadro. Paralelamente haremos un diagnóstico de los factores contextuales que intervienen en el desarrollo de la situación violenta: cómo fue la conducta, qué factores influyeron en el desencadenamiento de la agresión, cómo respondieron los familiares, si hubo una víctima y, de existir, si ésta fue parte activa o pasiva en la génesis del circuito que finalizó en una agresión, etc. En algunos casos podremos dialogar con el paciente y su familia, en otros será más urgente la indicación farmacológica. Aún en estos últimos, lograr una alianza será también importante. Establecer contacto servirá como modelo de comunicación para la familia, y permitir persuadir al paciente para tomar una medicación que le permita controlar sus impulsos y moderar la sintomatología que promueve su violencia. Pero, fundamentalmente, será esta alianza la que lo hará sentirse considerado y comprendido.

En el caso de que la internación sea perentoria, también será importante el vínculo establecido ya que permitirá una hospitalización menos violenta o, aún así, que quede claro al paciente y su familia que habremos hecho lo que consideramos mejor para ellos.

Como se dijo anteriormente, debemos establecer una fuerte alianza con el agresor, intentando comprenderlo. Ésta no es una tarea sencilla, ya sea por las características de la situación o por nuestra respuesta emocional (enojo, temor). Siempre hay una causa –más allá de las clínicas– que lleva a una persona a actuar con agresividad. Para algunos, gritar o amenazar es la única manera de sentirse reconocidos por su entorno. Para otros, es una forma de sentirse poderosos. Esto se basa, en general, en una dificultad para expresar adecuadamente sus sentimientos de enojo, soledad, miedo, etc. Un paciente paranoide, por ejemplo, reacciona como lo haría cualquier persona en una situación de peligro, ya que están asustados y esperan una conducta hostil por parte de los demás. Para ellos el mundo no es confiable y actúan defensivamente.

En otros pacientes, la conducta violenta puede estar sustentada en creencias distorsionadas (“Si le arrojo un objeto se dará cuenta de cuánto sufro”. “Si le pego verá cuánto la quiero”. “Si



adopto una conducta amenazante se asustará y lograré lo que deseo"). Además, la forma en que se resolvieron conflictos y la respuesta que se obtuvo por parte del entorno, condicionarán la interacción. Por ello, una de las tareas es ayudar a modificar la actitud del contexto frente a una nueva situación de agresión (desde una respuesta ligeramente diferente a un límite firme) lo que cambiará el circuito y dará una nueva alternativa de solución. Lo mismo ocurrirá si el paciente encuentra una manera más adaptativa, menos riesgosa, o con consecuencias menos costosas para comunicar sus sentimientos. Este planteo, sumado al ser tenidos en cuenta y no criticados, especialmente el agresor, genera esperanza y por lo tanto una actitud colaboradora y, además, el fortalecimiento del vínculo terapéutico.

Muchas estrategias se desarrollarán a largo plazo y en la emergencia sólo se esbozan; pero ello sirve para despertar curiosidad y así, sentar los cimientos para poder arribar a objetivos (Tabla Nº 5). El solo hecho de mostrarnos honestamente interesados en ayudar a alguien violento y expresar que trabajaremos juntos para ello, disminuirá notablemente la tensión y la agresividad.

Al paciente y su entorno se les enseña a identificar y monitorear factores de vulnerabilidad y estresores que puedan predisponer a la conducta violenta, como también a detectar el umbral de la respuesta agresiva y los signos y síntomas precoces previos a la conducta violenta.

En la emergencia, el terapeuta debe focalizar en la conducta del paciente agresivo estableciendo metas objetivables para él y su entorno. Por ejemplo; lo importante es lograr no sólo que el paciente permanezca sentado o que no golpee sino que sea consciente de que pudo controlar un impulso. Se debe plantear al paciente las ventajas de hacerlo y las desventajas o consecuencias de que su conducta agresiva no se modifique, sean éstos límites acordados por la familia o derivaciones legales. En todo momento se establece el grado de responsabilidad que tiene el paciente sobre sus conductas, dándole la po-

Tabla Nº 6 Objetivos en situaciones de violencia
<ul style="list-style-type: none"> • Obtener información (características - diagnóstico, etc.). • Establecer las causas individuales y contextuales de la conducta agresiva. • Comprender al paciente y su familia. • Lograr una alianza terapéutica. • Detectar y disminuir estresores. • Determinar el umbral para la respuesta agresiva. • Establecer metas objetivables en términos conductuales. • Inducir técnicas de autocontrol. • Modificar respuestas del entorno familiar-social.

sibilidad de elegir. Incluso, en caso de internación en el marco de una situación violenta, se le debe plantear si prefiere ser internado con la policía o a través del equipo terapéutico (ilusión de alternativas).

Se han descrito estrategias generales, que se adaptarán a distintas situaciones particulares con variantes. Insistimos en que el entender las causas de la conducta agresiva nos permitirá elaborar estrategias particulares. Por ejemplo:

1. **Pacientes psicóticos.** La base de sus conductas agresivas radica en la sintomatología psicótica, en la interpretación distorsionada de la realidad, en trastornos sensorio-perceptivos, en ideación delirante. En general, están asustados y su agresión es defensiva ya que temen ser atacados por un entorno percibido como hostil. O bien, temen a su propio descontrol. Resulta entonces fundamental la alianza que podamos establecer con él, expresándole que trataremos de ayudarlo (estando junto a él) a defenderse o a poder controlar la situación y sus impulsos. En la mayoría de los casos será imperativo administrar una medicación que modifique su sintomatología, pero que a los ojos del paciente tenga un sentido estar más tranquilo para evaluar con más claridad lo que ocurre o sobrellevar mejor tan difícil situación y angustia consecuente o para que la familia se sienta más tranquila y le otorgue alguna prerrogativa, o –finalmente– como manera de evitar su internación. En cuanto a la familia, tratará de reducirse la emoción expresada (sobreinvolucración, hiper crítica u hostilidad), de ser ésta alta, haciéndolos participar de todas las

decisiones que se tomen desde la manera de comunicarse, la puesta de límites, la ingesta de medicación, hasta la indicación de internación).

2. **Trastornos de personalidad** (borderline, antisocial, narcisista). Estas personas tienden a ser impulsivas, fácilmente irritables, negadoras de sus conflictos y externalizadores de ellos. Manipulan a los demás a través de amenazas para lograr sus objetivos. Como en todos los casos, debemos lograr una alianza, con un manejo adecuado de nuestra respuesta emocional. Estos pacientes no evalúan las consecuencias de sus conductas, o las justifican minimizándolas. La estrategia con ellos será intentar que puedan anticiparse a estas consecuencias y que aprendan a manejar sus impulsos para ese objetivo. Muchos de ellos no desarrollaron habilidades adecuadas para expresar sus sentimientos de enojo, soledad, etc. Parte de la tarea será empatizar con ese aspecto y mostrarles alternativas más eficaces para comunicarlos. En personalidades antisociales –en particular– pero en el resto también, la actitud del contexto y la puesta de límites firmes será fundamental, a veces, incluso, a través de la policía o la justicia. Nuestra posición no debe ser crítica, pero sí debemos expresar nuestro desacuerdo con su proceder, mostrándonos serenos pero muy firmes. Son personas entrenadas en generar enojo en los otros para justificar su actuar, por lo que no debemos confrontarnos ni desafiarlos. Tenemos que estar atentos a intentos de seducción a través de la lástima como una manera más sutil de manipulación, no mostrándonos ni débiles ni autoritarios.



3. Adictos. Estos pacientes pueden reunir características del grupo anterior por su patología de personalidad. Además, pueden estar intoxicados, en cuyo caso, de acuerdo con la gravedad del caso, será necesaria la contención y medicación antes de intervenir verbalmente. En grados menores se seguirán las pautas generales ya mencionadas, haciendo hincapié en la reducción de los estresores externos que faciliten su agresividad (hipercrítica de la familia o rechazo) así como la falta de sueño o estímulos sensoriales excesivos. Las intervenciones se resumen en la Tabla Nº 6.

Conclusiones

La emergencia brinda una excelente oportunidad para comenzar a modificar la manera de resolver dificultades, ya sea por parte del paciente, su entorno o preferentemente ambos. De esta manera se modifican antiguos patrones de conducta y comienzan a esbozarse alternativas posibles de solución. Muchas de las personas que son asistidas en una emergencia psiquiátrica nunca hubieran consultado a un profesional de la salud mental. En crisis como las que se generan en situaciones de violencia, esas personas, dado el nivel de distrés o malestar, estarán más dispuestas a hacer cambios si la situación es manejada adecuadamente.

Es por ello que los terapeutas debemos estar familiarizados con el manejo de estas difíciles situaciones, y el tener protocolizado cómo conducirse en ellas hará que estemos más dispuestos a intervenir y a hacerlo más eficientemente ■



Bibliografía

- Beck, A., Freeman, A., *Cognitive therapy of personality disorders*. Guilford Press, New York, 1990.
- Corrigan, P., Yudofsky, S., Pharmacological and behavioral treatments for aggressive psychotic in patients. *Hosp. and Com. Psych.* 44:125-132; 1993.
- Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B., Simon, K., *Clinical applications of cognitive therapy*. Plenum Press, New York.
- Dattilio, F., Freeman, A., *Cognitive-behavioral strategies in crisis Interventions*. Guilford Press. New York 1994.
- Goldberg, R., Behavioral emergencies assessment and psychofarmacologic management. *Clinical Neuropharmacology* 12:233-248; 1989.
- Mc Niel, D. et al., The role of violence in decisions about hospitalization from the psychiatric emergency room. *Am. Journal of Psych.* 1149: 207-212; 1992.
- Soloff, Ph., Emergency management of violent patients. *American Psychiatric Association Annual Review*, Vol. 6. *Am. Psych. Press*, 1987.
- Tardiff, K., Assessment on management of violent patients. *Am. Psych. Press*, 1989.
- Tesar, G., The agitated patient. *Hosp. and Com. Psych.* 44:329-331; 1993.
- Valzelli, L., Serotonergic inhibitory control of experimental aggression. *Pharmac. Res. Comm.* 141:1-3; 1982.
- Watzlawick, P., *How real is real?* Random House, New York, 1976.
- Watzlawick, P., Weakland, L., Fish, R., *Change*. Norton, New York, 1974.
- Watzlawick, P., *The language of change*. Basic books, New York, 1978.

La conducta violenta

Ricardo Ernesto Risso

Médico Psiquiatra, Docente de Clínica Psiquiátrica (UBA), Profesor de Psiquiatría Forense (UB), Jefe de Servicio del Hospital Borda, Ayacucho 1011, 3er. piso, (1111) Buenos Aires. Tel.: 4813-5352.

Agresividad y violencia

Teorías y Discusiones

Básicamente, las concepciones se han agrupado en dos polos dialécticos: el innatismo y el ambientalismo, y desde hace casi un siglo los autores han acopiado evidencias a menudo poco reconciliables a favor de una u otra postura. Antes de Freud había tantos instintos como fueran necesarios para perseguir una hipótesis; él los reunió en dos grupos según su función en la vida: preservación del individuo o de la especie, en su primera teoría; mantener la vida o volver a lo inorgánico, en la segunda. Esta última postura teórica, más allá del número de adhesiones y rechazos que suscitó, sin dudas fue un incentivo intelectual para gran cantidad de investigado-

res de distintos campos, lo que multiplicó los conocimientos y las teorías. Veamos algunas.

a. Los Psicoanalistas

S. Freud: Es conocida la evolución de su pensamiento acerca de la agresividad y la destructividad. En sus "Tres Ensayos" (1905) la agresividad aparece como "uno de los instintos componentes del instinto sexual". El sadismo —expresión de la agresividad— aparece como una exageración de ese componente, devenido relativamente autónomo por medio de un desplazamiento. Aunque allí mismo ya desliza la idea de que la crueldad proviene de fuentes independientes de la sexualidad, lo agresivo queda subsumido en lo libidinal.

En el historial de Juanito (1909)

comienza a manifestar sus dudas sobre su propio punto de vista, aunque a través de la negación: "No podemos decidirnos a aceptar la existencia de un instinto especial de agresión al lado de un instinto sexual, con el que ya estamos familiarizados".

En "Los instintos y sus destinos" (1915), aquella fuente independiente de la sexualidad de la cual propondría la crueldad, es adjudicada a los instintos del yo. El yo narcisista acoge los estímulos placenteros y rechaza los displacenteros provenientes del mundo externo. "El odio, como expresión del displacer provocado por los objetos, permanece siempre en íntima relación con los instintos de conservación del yo, de manera que los instintos sexuales y los de autoconservación entran en una oposición que reproduce la del amor y el odio".

Resumen

En la primera parte observaremos que las discusiones sobre la naturaleza y funciones de la agresividad se agrupan sobre todo en el eje innatismo-ambientalismo, girando en torno de las teorías instintivas. La segunda parte está dedicada a la exposición y análisis de los criterios psiquiátricos de peligrosidad. Aquí la polaridad dialéctica se traslada a personalidad-contexto social, pero sin que deban perderse de vista otros indicadores, como los hábitos o los antecedentes de violencia. Este cambio de enfoque puede producir alguna sensación de discontinuidad en el trabajo, que se salvará al tenerlo presente. La última parte trata de amortiguar las complicaciones que envuelven en la actualidad a la práctica psicoterapéutica, sugiriendo a los profesionales algunos procedimientos que pueden o deben realizar, y algunos dispositivos a los que pueden echar mano cuando las circunstancias así lo indiquen. Más que un catálogo de riesgos y recursos, este segmento aspira a instilar la idea de que hay situaciones más riesgosas que las que se aprecian en una primera mirada, y que hay más recursos que los que habitualmente se conocen.

Palabras clave: Agresividad – Violencia y psiquiatría – Psiquiatría y normas legales.

THE VIOLENT BEHAVIOR

Summary

In the first part of this article we will observe that the discussions on the nature and functions of the aggressiveness mainly come together in the axis innatismo-environmentalism, and the instinctive theories. The second part is dedicated to the exposition and analysis of the psychiatric approaches of danger. Here the dialectical polarity moves to social personality-context, although keeping in mind other indicators, as the habits or the antecedents of violence. At first, this change in the approach can produce some discontinuity sensation in the work. In the last part the authors try to soften the complications involved in the psychotherapeutic work at present time, suggesting the professionals some procedures they can or should carry out, and some useful devices, according to the circumstances. Rather than a catalog of risks and resources, this segment aims to instill the idea that there are riskier situations than those appreciated at a glance, and that there are more resources than those habitually known.

Key Words: Aggression

M

Más adelante (pág. 1044): *"El yo odia, aborrece y persigue con propósitos destructores a todos los objetos que son fuente de displacer, constituyendo una privación de la satisfacción sexual o de las necesidades de conservación. Puede incluso afirmarse que el verdadero prototipo de la relación de odio no procede de la vida sexual, sino de la lucha del yo por su confirmación y autoafirmación"*.

En 1920 ("Mas allá del principio del placer") sobreviene la revolución en la teoría instintiva de Freud. Los instintos son reagrupados, siguiendo siempre la concepción "dualista". Libido y auto-conservación constituyen los "Instintos de Vida", cuya finalidad es reunir la materia viva, organizarla, complejizarla, perfeccionarla ("Eros"). Agresividad-destructividad conforman el "Instinto de Muerte", cuya función es desunir y simplificar hasta volver a la materia inorgánica ("Tanatos"). Función regida por una biológica "compulsión a la repetición".

La existencia humana es el tiempo de la lucha entre ambos y, mientras dura, marca el predominio de Eros. La destructividad es expulsada en buena medida por el yo, fuera de sí, a través del sistema muscular (del que tiene la llave). Otra parte permanece dentro. Ambas, fusionadas con la libido, conformaran el sadismo y el masoquismo, respectivamente ("El problema económico del Masoquismo", 1924).

En adelante ya no habrá modificaciones substantivas en la teoría instintiva de Freud. A los fines de este trabajo, me interesa subrayar:

a. La concepción de Freud acerca de la agresividad fue modificándose. Inicialmente, era un componente del instinto sexual; luego indico que tenía una fuente distinta de la sexualidad, sin identificarla; después dijo que esa fuente era el displacer por la insatisfacción de los instintos del yo, a partir de objetos externos frustrantes; finalmente, la agresividad es uno de los dos grandes instintos, ambos independientes, en cuyo juego bipolar se inscribe la existencia humana.

b. Aunque la agresividad sea un instinto, mientras permanece fusionado es relativamente inocuo, y hasta presta muy buenos servicios. Comienza a ser peligrosa y descontrolada cuando se *defusiona*. Esto ocurre por *trauma*, *regresión*, etc. La capacidad de regresión o las consecuencias de traumatismos *no son* mecanismos instintivos, sino vicisitudes ulteriores.

c. No sólo *"el odio es, como relación con el objeto, más antigua que el amor"* (1915, op. cit.), sino que parece estar alimentado desde *tres fuentes*: el instinto, el narcisismo y la frustración.

Otros *Psicoanalistas*: Melanie Klein mantiene su adhesión al instinto de muerte a lo largo de toda su obra, si bien su concepción va evolucionando desde el *"sadismo máximo"* (fase coincidente con la eclosión de la dentición, siguiendo a su maestro y analista K. Abraham) hasta su original *"envidia primaria"*. No obstante, nunca restó importancia a los efectos (frustrantes o gratificantes) del "pecho real" en el desencadenamiento de los instintos.

Muchos analistas dejaron de lado el instinto de muerte freudiano, por considerarlo teóricamente innecesario o contradictorio con la teoría instintiva anterior, o simplemente inexistente.

Más modernamente, Bergeret (1985) ha postulado la existencia de una *"violencia fundamental"*, perfectamente separable de la *"agresividad"*. En su compleja teorización psicoanalítica logra establecer algunas lúcidas distinciones:

- La violencia fundamental está en el territorio de los instintos de conservación (que relaciona con el narcisismo), mientras que la agresividad es un producto del instinto de muerte.

- La violencia fundamental concierne a identificaciones primarias narcisísticas, mientras la agresividad se inscribe en el área de las identificaciones secundarias.

- La violencia fundamental centra su interés en el sujeto y en su autoconservación, mientras que la agresividad busca dañar, hacer sufrir, e incluso destruir al objeto.

- La violencia fundamental se ubica en una etapa (al menos teórica) preambivalente, mientras que la agresividad proviene precisamente de la defusión de las pulsiones de amor y de odio. Las vicisitudes de la relación de objeto ponen en marcha, por vía de regresión, la separación de las pulsiones y la liberación de la agresividad.

b. Biólogos y Etólogos

En estas ciencias, pretendidamente más "exactas" que las psicológicas, se observan discrepancias no menos fundamentales a la hora de interpretar sus rigurosos experimentos sobre la conducta animal. Al decir de Ramón de la Fuente (1982) ... "puede decirse que el debate se establece entre una concepción instintivista y una ambientalista de la conducta humana. La primera sostiene que la conducta humana es esencialmente conducta instintiva, *filogenéticamente adaptada*, y propone que las tendencias hostiles son básicamente respuestas *no aprendidas* a ciertas excita-



ciones. La segunda sostiene que la conducta humana es *ontogenéticamente adaptada*, y que la agresividad tiene que ser elucidada por estímulos que se originen fuera del organismo.

En síntesis, unos sostienen que la agresividad es un producto de la naturaleza y otros que es un producto de la cultura y la sociedad. En su publicación "Sobre la Naturaleza de la Agresión" (Londres, 1967), Konrad Lorenz afirma que... *"no puede haber ninguna duda en la opinión de cualquier científico con mentalidad biológica en cuanto a que la agresión intraespecífica es en el hombre, al igual que en la mayor parte de los vertebrados que ocupan un lugar elevado en la escala zoológica, precisamente una impulsión destructiva"*. Se revela así como un preclaro innatista, y en este punto pareciera hallarse muy cercano a Freud. Sin embargo, muestra sus diferencias: *"tampoco puede dudarse que lo que Freud llamó instinto de muerte no es otra cosa que el extravío o fracaso de este instinto que, en sí mismo, es tan indispensable para sobrevivir como cualquier otro"*.

Es decir que el padre de la etología coincide con el padre del psicoanálisis en el hecho de que la agresividad es un instinto (o sea, que tiene predestinada una región o centro neural capaz de autoacumular tensión la que, llegada a un determinado nivel, tiende a descargarse independientemente de lo que ocurra en el exterior). Pero disiente con él en el hecho de que se trate de un "instinto de muerte" (o sea, que tienda a desagregar, simplificar y regresar a lo inorgánico). Para Lorenz, el instinto agresivo sirve a la vida, y cuando pasa a estar al servicio de la muerte, no indica otra cosa que un estado patológico.

Scott (1951), citado por de la Fuente, rechaza la idea de que se trate de un simple instinto a satisfacer, y piensa que la agresividad es el resultado de la experiencia. Más adelante (1958) dice que, aunque hay un mecanismo fisiológico que sólo necesita ser estimulado para ponerse en *marcha*... *"no existe una necesidad de agredir como algo aparte de lo que ocurre en el mundo exterior"*.

He aquí una breve reseña de opiniones importantes. Tengo la

impresión de que la discusión de los etólogos acerca de la naturaleza de la agresividad, de sumo interés cuando se analiza la conducta animal, es difícil de traspolar a la conducta humana. Podemos aceptar la existencia de un instinto agresivo, y también el hecho de que este instinto se ponga en marcha por factores externos (además de los endógenos). Pero en los humanos es menos clara la distinción entre motivaciones externas e internas *porque también lo es la distinción entre mundo interno y mundo externo*. La "proyección" freudiana (uno de los seis dispositivos de protección anti-estímulo), el concepto kleiniano de "externalización" e "internalización" (desde 1946, "identificación proyectiva" e "identificación introyectiva"), el bioniano de "preconcepción" y "realización", etc., nos demuestran *que el mundo exterior que el Yo percibe está conformado, en buena medida, por imágenes internas cuya fuerza convictiva hace claudicar a menudo al juicio de realidad*.

Las conclusiones a las que arriban Scott y otros ambientalistas, perfectamente aplicables al mundo animal, creo que se tornan relativas e insuficientes cuando se las traslada al funcionamiento de la mente humana. De su concepto (*"no hay necesidad de agredir como algo aparte de lo que ocurre en el mundo exterior"*) podría desprenderse que la conducta agresiva es una respuesta adaptativa a las modificaciones del ambiente. Algo equiparable, en el plano psicológico, a las Reacciones Vivenciales de Schneider y Jaspers.

Pero nosotros podríamos agregar que, para el aparato psíquico humano, ... *"nada ocurre en el mundo externo completamente aparte de lo que ocurre en el mundo interno"*... Para nosotros, la forma en que el Yo juzga al mundo exterior está indisolublemente ligado al funcionamiento inconsciente. De ello podemos dar fe quienes analizamos pacientes: aunque su "realidad psíquica" esté evidentemente distorsionada no nos empeñamos en contradecirla (lo que, por otra parte, no significaría nada más que tratar de imponerle la nuestra), sino que tratamos de elucidar junto con él los condicionamientos inconscientes de su percepción. *Sabemos que no habrá cam-*

bios en la manera de percibir hasta que no cambie su metapsicología.

Vemos cómo mundo externo y mundo interno pueden imbricarse y hasta confundirse. Es indiscutible que lo que ocurre afuera puede ser causa de violencia. Pero no es menos cierto que la violencia también se suscita y se ejercita a causa de fantasmagorías puestas afuera, proyección mediante, lo que equivale a decir *a causa del empuje pulsional*.

Predicción de la conducta peligrosa

Podemos dejar ahora esta polaridad "innatismo-ambientalismo" y pasar, como ya lo anunciamos en la Introducción, a nuestra propia polaridad: "sujeto-contexto". Nosotros podemos admitir que la fuerza del instinto, la influencia del ambiente, y la *calidad del Yo para lidiar con ambos*, darán como resultado una mayor o menor *propensión a comportarse en forma violenta*. Y nuestra tarea más importante consistirá, precisamente, en detectar –a partir de síntomas y defensas– qué es lo que ha podido hacer el Yo con esas dos exigencias. Y también con la tercera, el Super-Yo, que inicialmente será en buena medida el resultado de las aptitudes del Yo para manejarse con las otras dos pero que, una vez establecidas sus características (por ejemplo, sádicas), puede constituirse en un importante factor de riesgo (melancolía y suicidio).

Y así vamos entrando en uno de los objetivos de este trabajo: *conocer algunas formas de predecir la conducta violenta*. Los autores que se han ocupado del tema centran su objetivo en el *estudio de la personalidad*, que ha sido la meta de nuestra formación y, por ende, es el terreno en el que podemos hacer mayores aportes. Pero ninguno ha soslayado la cuestión *medio-ambiental* en la promoción de la conducta violenta. Otras ciencias sociales realizan importantes estudios sobre el comportamiento del hombre en comunidad, pero sin ser especialistas en esas disciplinas es imprescindible conocer la capacidad de peligrosidad de ciertos parámetros del entorno del sujeto.

Luego de la segunda guerra mundial se produce una ruptura entre la Psiquiatría y la Criminología. Los psiquiatras expulsan a la peligrosidad de su área de interés, como algo perteneciente a su pasado asilar. Buscan así una mayor asepsia de los procedimientos terapéuticos y también, de paso, logran suprimir uno de los elementos que más conspiran contra el deseo terapéutico de considerar un tratamiento como exitoso y terminado. Pero la creciente intervención de la Justicia en las cuestiones de salud mental ha puesto en la vidriera el tema de la responsabilidad profesional. Una evaluación ponderada de la eventual peligrosidad de un sujeto no debe desdeñar ninguno de los factores que la integran, y si surgen problemas por tomar decisiones sin tener en cuenta tanto la personalidad como las circunstancias de vida del sujeto, el trabajo del profesional puede oscurecerse con la sombra de la imprudencia o la negligencia. Veamos ahora los autores anunciados.

V. Cabello

Hace unos veinticinco años el Dr. Vicente Cabello, Jefe de Servicio del Hospital Borda y perito psiquiatra del Cuerpo Médico Forense, recopiló antecedentes conceptuales de psiquiatras ilustres como De Greeff, Kinberg y Loudet, y sobre esa base elaboró la "Tabla de los cinco elementos", que conserva plena vigencia especialmente para los psicóticos y enfermos más "clásicos" de la psiquiatría, y que a continuación paso a comentar:

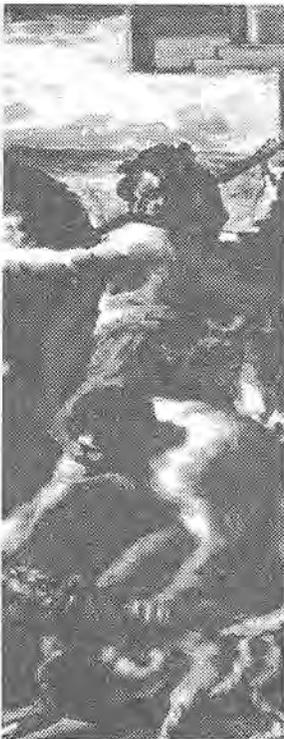
1. *Personalidad Previa a la Enfermedad:* La idea que subyace a este elemento es de una estricta realidad clínica: no es la enfermedad la que hace peligroso al hombre, sino el hombre el que hace peligrosa a la enfermedad. Entre varios enfermos esquizofrénicos, por ejemplo, unos quedan extasiados ante experiencias místicas, otros ríen sin motivo, otros lloran, algunos bailan, otros se tornan desconfiados y hostiles, y a veces matan. Algunos ancianos se apagan suavemente como una vela, mientras otros exhiben paranoia, turbulencia y agresividad. La regresión de las funciones psíquicas que conlleva cualquier enfermedad (psicótica o no) no sólo produce "neotimias" sino una liberación de la personalidad profunda. La historia previa debe ser tenida en cuenta a la hora de predecir la conducta violenta de un sujeto que, además, ahora está enfermo. En general los antecedentes de violencia, el egocentrismo, la intolerancia a la frustración y a la postergación, la des-

consideración, la susceptibilidad paranoide, la intensa disociación, la inestabilidad, la frialdad, la culpa persecutoria (en lugar de culpa reparatoria), los mecanismos maníacos (negación, denigración, omnipotencia), la egosintonía de los síntomas, la refractariedad al tratamiento, por nombrar algunos de los síntomas más frecuentes, son elementos que propenden a la violencia y complican el pronóstico.

2. *Tipo de Enfermedad que padece:* en general, las psicosis son más peligrosas que las neurosis, los psicópatas más que los oligofrénicos, los paranoicos más que los parafrénicos, etc. También deben incluirse aquí las formas clínicas y los subtipos de los grandes cuadros nosológicos. Por ejemplo, una paranoia erotomaniaca es en general más peligrosa que un "falso inventor"; un paranoico con delirio de persecución es más peligroso que una paranoia sensitiva de Kretschmer. Entre los esquizofrénicos podemos observar distinciones similares. Una forma hebefrénica es más turbulenta y explosiva que una forma simple; incluso, una misma forma paranoide pero con alucinaciones imperativas es mucho más temible que un delirio místico pueril y beatífico. Naturalmente, también hay que tener en cuenta las posibles oscilaciones de los fenómenos psicóticos, ya que las formas clínicas no están cristalizadas. A menudo vemos que un delirante sereno y amigable, pero que es molestado por otros pacientes agresivos o por la indiferencia de los profesionales, cambia la índole de sus pensamientos y alucinaciones, que ahora pasan a ser amenazantes y hasta siniestros.

3. *Momento Evolutivo de la Enfermedad:* Es evidencia clínica que los enfermos en período prodrómico o de invasión (con su desorientación, su despersonalización y su perplejidad), son menos peligrosos que durante el período de estado (con la convicción delirante y las confirmaciones alucinatorias). También es evidente que la peligrosidad vuelve a descender en el período de remisión. Como bien mostró Castilla del Pino (1957), los delirios retroceden de una manera bastante organizada. Las etapas de la curación del delirio también son "momentos evolutivos" que deben tenerse en cuenta cuando se evalúa la capacidad de agresividad de un enfermo. Puede escalonarse el proceso de remisión de la siguiente manera:

• *Penetración de la Duda:* en un sistema de creencias dogmático, basado en la fe y la intuición indiscutible, comienza a ponerse en tela de juicio la reciente



transmutación de su visión del mundo, sin perplejidad aparente.

- *Apertura a otras Vivencias:* el delirio pasa a ser un elemento más, ya no el único, del conjunto de sus vivencias actuales. O, como diría Llopis, comienza el tránsito desde una cosmovisión Ptolomeica a una cosmovisión Copernicana.

- *Relativización de la Creencia:* es el comienzo de la "egodistonía". Hay una cierta extrañeza ante el delirio. Ahora es algo en lo que puede creerse o no creerse.

- *Desactualización del Delirio:* el delirio comienza a desaparecer como contenido actual. Lo que antes le pasaba, ya no le pasa, pero lo que le pasaba era cierto. Es la etapa del Recuerdo Delirante.

- * *Rectificación del Delirio:* se llega a una adecuada crítica de los contenidos del delirio, como pertenecientes a la patología. El paciente adjudica lo que le pasaba "a la enfermedad" o "a las imaginaciones". Es la etapa del Recuerdo del Delirio.

4. *Apreciación Psicogenética del Hecho:* en este punto, no hay que dejarse guiar por los aspectos exteriores de los hechos que llevaron a la internación. Hay actos espectaculares o de gran brutalidad, pero difícilmente repetibles; en cambio otros hechos menores reconocen una alta reincidencia. Incluso entre hechos muy violentos hay grandes diferencias dinámicas: son muy pocas las posibilidades de que se repitan algunos delitos por emoción, como por ejemplo el homicidio pasional; en cambio el suicidio puede ser intentado varias veces en el curso de los ataques de furia de las personalidades narcisistas, o de accesos melancólicos. Con sobrecogimiento vemos hoy frecuentes asesinatos de víctimas que no se resisten y a las que no les roban nada, donde el verdadero "botín" es ver a la víctima asombrarse, desenfocar la mirada y comenzar su agonía. Se atribuye esto a menudo a la droga, pero cuando se estudia la dinámica de la gratificación de estos sujetos uno puede predecir que pronto necesitará hacerlo otra vez, para lo cual se ayudará con la droga, o se mezclará en una pelea o en alguna otra situación propicia. La Psicopatología, hoy bastante opacada por los criterios estadísticos de diagnóstico,

sigue siendo irremplazable para descubrir la estructura de la vivencia, la motivación para la acción, la finalidad, el grado de pragmatismo o de fantasía del objetivo que esperaba lograr, las identificaciones y las proyecciones en juego, las razones para la elección de la víctima, etc. El estudio de la dinámica intrapsíquica de la conducta es un valioso aporte para la predicción de la peligrosidad y, además, es el único cuya valoración se le pide a los expertos psiquiatras.

5. *Factores Mesológicos:* en este rubro se estudian las características del medio ambiente del que proviene el paciente y/o en el que se insertará; es decir, aquellos factores ajenos a su Yo y a su enfermedad pero que inevitablemente influirán en ambos. Debe valorarse la integración o desintegración de la familia, su continencia o expulsividad, la convivencia con miembros delincuentes o drogadicotos o alcoholistas. La posibilidad de obtener trabajo o de reanudar estudios. El lugar de la vivienda familiar (barrio o villa). Los hábitos de las personas con las cuales hasta el presente se ha vinculado. No descuidar el nivel económico de la familia, por la posibilidad que ello implica de asegurar el tratamiento (viajes, medicamentos). Y la disponibilidad de algún miembro del grupo familiar para acompañarlo durante el tiempo que permanezca ocioso. Con mucha frecuencia vemos organizaciones privadas de salud mental y servicios hospitalarios que —muy ocupados por hacer terapias breves (...y reducir costos...), o por obtener un alto giro-cama acortando los plazos de internación— descuidan por completo los factores mesológicos. Se terminan los tratamientos o se otorgan permisos y altas sobre la exclusiva base de la atenuación de la sintomatología o la estabilidad del humor, sin tener en cuenta (o prefiriendo desentenderse de esa realidad) que en un medio ambiente desfavorable las mejorías clínicas están signadas por la precariedad. Más aun, en muchas ocasiones es necesario internar (o mantener una internación) *sin una fenomenología psiquiátrica que la justifique*, basados casi exclusivamente en la capacidad perturbadora del medio en el que el paciente acaba de iniciar

una crisis.

La fórmula que acabo de enumerar y comentar bastará, en muchos casos, para obtener un aceptable panorama de la conducta posible de un enfermo. Sin embargo, y como anuncié al principio de la descripción, es aplicable sobre todo a las psicosis y a los enfermos más "clásicos" de la psiquiatría. Nos encontramos ahora con nuevos problemas, planteados por la modificación del perfil psicopatológico que los trastornos mentales han experimentado en las últimas dos o tres décadas. Los trastornos narcisistas, las caracteropatías, los psicópatas, los drogadicotos, y el incremento de la violencia en el comportamiento cotidiano de personas a las que no diagnosticaríamos así, han hecho necesaria una ampliación de los criterios de peligrosidad incluidos en esta tradicional fórmula de los cinco elementos.

En efecto, cuando evaluamos a un psicópata (con o sin drogas, con o sin actividad antisocial sostenida) no podemos hablar de "*personalidad previa a la enfermedad*". En realidad, su personalidad es la enfermedad. Es una "historia hecha de pequeñas historias" (E. Trillat, 1965), un decurso vital, un desarrollo vivencial. Tampoco hay... "*etapas evolutivas de la enfermedad*"... en sentido estricto, como en las psicosis hay un período de invasión, otro de estado y uno final de remisión. No hay "momentos fecundos" de síntomas a los cuales atribuir el desencadenamiento de la conducta tanática. Como sabemos, cualquier nimiedad puede desencadenarla porque, en el psicópata, la urgencia pulsional y el debilitamiento de las funciones yoicas de control son *estructurales y permanentes*.

La "*apreciación psicogenética del hecho*" puede mover a una equivocada indulgencia en la evaluación de la peligrosidad. Hay crímenes psicopáticos atroces pero la mayoría de las veces se trata de la expresión de su conflictividad permanente a través de hechos menores, a menudo pueriles y siempre impulsivos, de baja estructuración y escasa planificación, de tropiezos con la Ley y la Autoridad sin consecuencias perdurables. Sin embargo, detrás de ellos está la necesidad de repetir.

P

Por eso será necesario conocer la persona que hay detrás del actor y recordar que detrás de un acto poco importante puede haber un trastorno muy grave.

Más recientemente, otros dos autores han elaborado nuevas y sólidas grillas de peligrosidad, con algunos indicadores más dinámicos y abarcativos, que son alternativas válidas para evaluar a nuestros pacientes de hoy, y que pueden complementar o sustituir a la que acabo de presentar. La "temibilidad" es un diagnóstico de probabilidad, no de certeza, y por ello conviene contar con un buen repertorio de parámetros, para nuestra mejor guía y para mayor confiabilidad de nuestros dictámenes.

S. G. Raymond

Nos indica los elementos a valorar, provenientes tanto de los dinamismos intrapsíquicos como de otros parámetros "exógenos" de la personalidad: hábitos, carácter, antecedentes (obsérvese que este autor describe el *carácter* como algo "exógeno" a los dinamismos, como algo estabilizado, no dinámico).

1. De las características dinámicas de la Personalidad

- a. La Impulsividad.
- b. La Excitabilidad.
- c. La Intolerancia a la frustración.
- d. La necesidad inmediata de *Gratificación*.
- e. La imposibilidad mayor de *Proyectar* el futuro, conectada con la inutilidad de la experiencia (es la compulsión a la repetición la que regula el juego).
- f. Un *Egocentrismo* cognitivo y afectivo pronunciado.
- g. Una *Débil Estima* de sí mismo, a menudo enmascarada por una fachada de notable seguridad.
- h. *Ausencia de Autocrítica* (a veces aparece algo similar, que no es tal, pero que influencia al observador).

2. De los parámetros Exógenos o No-Dinámicos.

- a. Antecedentes de violencia en el mismo sujeto (cuanto más importantes, mayor posibilidad de repetición).
- b. Consumo de alcohol y tóxicos.
- c. Inestabilidad general de la persona en los diversos funcionamientos de su existencia.
- d. Amenazas verbales de violencia.
- e. Trastornos de la personalidad de tipo paranoide o narcisístico.
- f. Similitud entre los acontecimientos pasados, presentes y por venir en relación con la violencia (concepto de traumatismo-compulsión a la repetición).

J. Monahan

En su trabajo de 1984 este autor parece haber renunciado a su intento anterior (1981) de establecer un "umbral crítico" de la personalidad a partir del cual sería posible hablar de *síndrome violento* y, en su lugar, aísla diversas variables como la edad, el sexo, la raza, el estatus económico, el consumo de alcohol y drogas, etc., poniendo el acento en el dato empírico de que *la probabilidad de violencia futura aumenta con cada acto violento del pasado*.

Encontrar la raza o el nivel de pobreza entre los indicadores de peligrosidad despierta entre nosotros sentimientos de prevención por la posibilidad de hallarnos ante una cuestión discriminatoria. Sin embargo, en un viraje pragmático hacia la constatación empírica, ha privilegiado la objetividad estadística por sobre otras consideraciones. Su guía es de utilidad, aunque se la use parcialmente. He aquí los factores por él considerados:

- Acontecimientos que han provocado la violencia anterior, o las amenazas de violencia, y su contexto.
- Características Demográficas relativas al individuo. La práctica demuestra que los individuos violentos examinados para peritación provienen, en alto porcentaje, de medios desfavorecidos.
- Historia de violencia anterior del sujeto. Violencia con animales o juguetes.
- Tasa de incidencia (frecuencia) de violencia entre individuos que presentan las mismas características.
- Tensiones actuales. Conflictos de cualquier naturaleza, pero contemporáneos al examen.
- Factores cognitivos y afectivos que denoten propensión a reaccionar violentamente al estrés. El egocentrismo cognitivo como origen de la impulsividad.
- Semejanza del futuro medio de vida con el medio anterior, que ya ha preparado el terreno a la violencia, y en el cual ésta se ha desarrollado y manifestado.
- Disponibilidad de futuras víctimas eventuales.
- Disponibilidad de medios que permitan cometer actos de violencia.

Riesgos y recursos en la práctica profesional

Aquí me referiré únicamente a la responsabilidad legal de los profesionales, y a la utilización de algunos recursos que posee la justicia. Por cierto esto no agota el repertorio de cosas que pueden hacerse durante la práctica terapéutica, pero la mayoría de ellos quedará a crite-



rio de los propios profesionales y/o de sus supervisiones.

Es evidente que la conducta violenta, que cada vez más tiende a ser la conducta habitual de un mayor número de personas, genera riesgos profesionales desde muchas direcciones, y no me refiero sólo a los riesgos directos (amenazas, agresiones), sino a los riesgos legales derivados tanto de la acción como de la omisión.

El Secreto Médico y la Instancia Privada

El art. 156 del Código Penal reza: "Será reprimido con prisión de seis meses a dos años, multa e inhabilitación especial por seis meses a tres años, el que teniendo noticia por razón de su estado, oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación pueda causar daño, lo revelare sin justa causa".

Obsérvese que la ley dice "*pueda causar daño*", es decir que no es necesario que el daño (moral, patrimonial) se haya concretado, basta con que pueda ocurrir a causa de la revelación del médico. En este sentido no constituye una revelación de secreto el suministrar historias clínicas a organismos sociales o previsionales, ni a organizaciones pre-pagas de salud (que tienen derecho a saber por qué servicio están pagando). Tal como lo dice el art. 156 C. P., estos organismos y las personas que trabajan en ellos están igualmente obligados a guardar el secreto profesional. Nosotros debemos tomar el recaudo de enviar la documentación médica solicitada de la manera más directa posible (por ejemplo, por correo), en sobre cerrado y con una leyenda que diga: "secreto médico: contiene historia clínica (o síntesis de historia clínica, o certificado, etc.)".

Para ser muy breve, diré que en nuestro país se sigue la tradición del "secreto relativo", es decir que en determinadas circunstancias el médico puede ser relevado del secreto, e incluso conminado por el juez a decir lo que sabe. De todas maneras, en general se acepta su negativa a revelar aquello que puede entrar dentro del secreto profesional ya que, por naturaleza de su testimonio, al médico se lo requiere para que exprese sus co-

nocimientos técnicos, y no sus conocimientos circunstanciales (presencial, "de oídas", etc.).

Es decir que el profesional puede negarse a revelarle a un juez lo que el sujeto le comentó en el curso de la relación médico-paciente, pero no puede negarse por ejemplo a decirle al juez si, según su criterio profesional, el paciente es peligroso.

Digamos que en términos generales un médico puede denunciar preventivamente algo que puede ocurrir, pero no algo que ocurrió y de lo que tomó conocimiento a causa del ejercicio profesional y bajo secreto médico. Para ejemplificar: un médico puede denunciar un posible hecho de violencia, que todavía no ha ocurrido, si el estado mental de su paciente le hace pensar que muy probablemente se verificará. Pero no puede denunciar a un paciente que le relata un hecho de violencia que realizó. Lo que sí puede hacer, y debe hacer, si considera que el hecho violento es consecuencia del trastorno mental del paciente, es denunciar la peligrosidad psiquiátrica de su paciente y solicitar medidas (por ejemplo, internación), pero no denunciar el delito.

En esto último hay alguna excepción. Hay delitos "de acción pública" que, una vez iniciado el juicio, es impulsado de oficio por el fiscal, aunque ningún particular tenga interés en continuarlo. Y hay delitos "de instancia privada" en los cuales si el interesado no efectúa la denuncia, no habrá juicio, y si deja de impulsarlo, se paralizará. La Ley considera que las lesiones leves y los delitos sexuales no son delitos de acción pública, sino dependientes de instancia privada. Deja así librado al criterio del ofendido si desea impulsar alguna acción judicial o mantener el hecho dentro de su intimidad. Es decir que el médico no sólo no está obligado sino que *no debe* realizar ningún tipo de denuncia. Si lo hiciera, podría ser acusado incluso por la propia víctima, cuyo interés procura defender, por haber hecho público algo que ella deseaba ocultar, causándole más daño con la publicidad que con la ofensa misma. Pero cuando el lesionado o abusado es un menor, el médico debe tener una actitud activa: si el abusador o golpeador es el padre o

el responsable del menor (precisamente, el que estaría en condiciones legales de hacer la denuncia), entonces el profesional debe denunciar a la justicia aquello de lo que tiene conocimiento. Si es otra persona, entonces debe ponerlo en conocimiento del padre o responsable, en cuyas manos quedará la decisión de denunciar o no.

La Denuncia Preventiva

En las entrevistas preliminares o en el curso del tratamiento, el profesional puede llegar a la conclusión de que el estado mental y las conductas de su paciente conllevan un significativo grado de riesgo, ya sea para el propio paciente o para otras personas.

En ese caso, se hallará ante la difícil alternativa de tratar de manejar la situación dentro del tratamiento, o abrir el juego a otras instancias, con el riesgo cierto de perjudicar la relación terapéutica e incluso que el tratamiento finalice. Lo habitual es que esto ocurra cuando el sujeto desequilibrado mantiene su conducta peligrosa, al tiempo que se niega a medicarse o a internarse.

En principio el terapeuta puede convocar a la familia, comunicarle sus impresiones, e indicarles que según su opinión el paciente debe ser internado, dejando siempre debida constancia en la historia clínica de esa entrevista familiar, extendiéndoles la orden de internación y haciéndoles firmar en la historia clínica que están en conocimiento de la opinión profesional y que han recibido el certificado para la internación. Esto ya significa un resguardo para el médico.

No obstante, es común encontrarse con familiares que no comparten la opinión médica en cuanto a la gravedad del estado del paciente, o que tienen un insuperable rechazo a la internación psiquiátrica, o que temen las consecuencias ulteriores de una internación compulsiva, o que sencillamente carecen de toda autoridad e influencia sobre el paciente. En estos casos el profesional, después de haber dado los pasos antes indicados, podrá comunicar a los familiares su decisión de no continuar haciéndose cargo de un tratamiento que considera inviable.

E

En general esto bastará para relevar al médico en lo sucesivo de la responsabilidad por los actos del paciente, sobre todo en las ciudades donde las opciones terapéuticas son muchas, y no existiría un real "abandono de persona".

Sin embargo, han ocurrido casos en los que los jueces han considerado que, siendo el médico el profesional idóneo para evaluar la peligrosidad de un sujeto, no debe delegar en legos (como los familiares) el manejo de un enfermo descontrolado.

Con este argumento han prosperado algunos juicios contra médicos, de modo que se debe tener presente este "plus" de responsabilidad que a veces se exige de los profesionales. Algo parecido ha ocurrido en algún caso de "alta contra opinión médica". Se discute si estando los médicos convencidos de que el paciente no está en condiciones de egresar de una internación, deben darle el alta sólo porque los familiares así lo exigen. Por cierto, si no se le da el alta, se puede enfrentar una demanda por privación ilegal de la libertad (!). Esto es lo que los comunicólogos denominan "precipitarse en una paradoja", y su consecuencia es que los profesionales son impulsados a desatender sus objetivos específicos para concentrarse en una "medicina defensiva".

¿Cómo debe, entonces, actuar el profesional?

En estos casos, es conveniente dar intervención a la Justicia Civil, de modo tal que el juez resuelva el *conflicto entre derechos y responsabilidades*. La presentación puede hacerse directamente ante el Juzgado Civil de Familia en turno, o ante la Defensoría Oficial de Menores e Incapaces (antes era la Asesoría de Menores e Incapaces, pero desde la sanción de la Ley del Ministerio Público, ha pasado a integrar éste como defensor especial). Sin embargo, la mayoría de las veces será más rápido y práctico para el profesional que está actuando individualmente (incluso por razones de horario), hacer una presentación ante la Comisaría de su jurisdicción. El funcionario policial, que sólo puede actuar por disposición judicial, pondrá las actuaciones en conocimiento del juez civil en turno, o del defensor especial.

De esta manera, el profesional quedará cubierto en punto a su responsabilidad. A partir de entonces será el juez, asesorado por sus peritos, quien decidirá proceder a la internación, mantener una internación, ordenar una externación, o disponer un tratamiento ambulatorio, que ya entonces podrá quedar a cargo de otro profesional o de otra institución.

Si el profesional está ejerciendo a través de una institución (obra social, mutual, pre-pago, etc.) tiene más posibilidades de actuar y, al mismo tiempo, preservar el tratamiento. Puede informar de la situación de riesgo al Director Médico, que podrá hacer por su sola autoridad la presentación judicial, o solicitarla al asesor legal de la institución, que sabrá adónde dirigirse. Cuando la denuncia es impersonal y queda a cargo de personas que no están en contacto con el paciente (directores médicos, asesores legales) el terapeuta tiene mayores chances de permanecer neutral y seguir siendo útil a su paciente incluso después que egrese de una eventual internación.

Cómo formular la presentación

Si el profesional llega a la conclusión de que el estado mental y las conductas de su paciente constituyen una situación de riesgo cierto, propondrá alguna *medida compulsiva* que supone contrariar la voluntad del enfermo. En principio, cualquier persona tiene derecho a no tratarse, no medicarse o no internarse, y este derecho sólo puede ser vulnerado en razón de su *peligrosidad*, que amenaza los derechos de otras personas, y la propia salud o vida del paciente, que también es un bien jurídicamente tutelado.

Por eso, el diagnóstico de peligrosidad (que puede originar una medida compulsiva) no puede sustentarse en una conjetura o en una simple opinión: *la indicación ha de estar debidamente fundamentada, sobre la base de criterios científicos compartidos por la comunidad profesional*.

Para ello, pueden ser de utilidad las tablas de predicción de la conducta violenta que más arriba he proporcionado, u otras que el profesional prefiera, a fin de reunir los criterios de peligrosidad psiquiátrica con los que fundamentará su presentación. Dicho sea de paso, también servirán para fundamentar *la ausencia o el cese de la peligrosidad*, a partir de lo cual el médico puede mantener una conducta pasiva, o se puede justificar una externación, permisos de salida, etc.

Si la presentación se hace en la comisaría, la mayoría de las veces bastará con una exposición personal del médico y/o con la entrega de un certificado al funcionario judicial. Si la denuncia preventiva se hace en sede judicial (juzgado o defensoría), convendrá incluir una fotocopia de la historia clínica, o redactar un informe explícito donde conste la evolución del paciente y la opinión fundada del profesional.



Quiénes pueden efectuar una denuncia preventiva

La denuncia preventiva por peligrosidad psiquiátrica puede ser hecha por cualquier profesional de la salud mental, particularmente por médicos y psicólogos, que son quienes están en mejores condiciones para informar sobre el estado mental de un paciente. Antes era algo reservado a los médicos, pero desde la sanción de la ley del ejercicio profesional de los psicólogos, éstos se hallan en igualdad de condiciones ante la ley para el tratamiento de enfermos mentales, y también para sus consecuencias (salvo en aquellos puntos reservados al conocimiento médico, como la medicación y ciertos exámenes complementarios).

La Historia Clínica

Nunca se insistirá demasiado en la necesidad de una historia clínica completa, detallada, y de redacción comprensible. No sólo es un derecho del paciente y un deber del profesional, sino que cons-

tituye la mejor defensa que un profesional puede esgrimir ante un eventual cuestionamiento a su tarea. Como es de público conocimiento, los riesgos por responsabilidad profesional se han incrementado en los últimos tiempos, a veces con justa razón, y otras como parte de una industria que apunta tanto a obtener resarcimientos como a la contratación de seguros de mala praxis. De modo que no siempre es posible evitar los juicios, pero siempre es posible hacer las cosas bien como para defenderse con éxito.

Sin embargo, hay que saber que la historia clínica puede condenar al profesional, sea por sus omisiones, o sea por la incongruencia entre lo que se escribe y lo que se hace. Si se piensa con fundamento que un paciente es realmente peligroso, y se consigna esa opinión en la historia clínica, algo hay que hacer al respecto. Yo he sugerido algunas vías de acción, y seguramente los colegas encontrarán otras más, de acuerdo a su intuición y a los medios de que dispongan en el lugar donde trabajan ■



Bibliografía

- Bergeret, J., *La violence fondamentale*, Ed. Dunod, París, 1985.
- Bornstein, S. & Raymond, S. G., *Etat Dangereux*, EMCh 37145, Ed. Techniques, París, 1987.
- De La Fuente, R., "Fuentes y direcciones de la agresividad", *Neuropsiquiatría Internacional*, Año V, N° VIII y IX, Ed. Prensa Médica Internacional, Buenos Aires, 1982.
- Freud, S., "Pulsiones y sus destinos", 1913-1917, Tomo I.
- Freud, S., "Más allá del principio del placer", 1920, Tomo I.
- Freud, S., "El problema económico del masoquismo", 1924, Tomo I.
- Freud, S., "Tres ensayos sobre una teoría sexual", 1905-1929, Tomo I.
- Freud, S., "Análisis de la fobia de un niño de cinco años", 1909, Tomo II.
- Fromm, E., *La conducta agresiva - Teoría Freudiana de la agresividad y la destructividad*, *Neuropsiquiatría Internacional*, Ed. Prensa Médica Internacional, Buenos Aires, 1982.
- Lorenz, K., *On Agression*, Ed. Harcourt Brace, N. York, 1966.
- Lorenz, K., *On the nature of aggression*, Ed. Methuen, Londres, 1967.
- Monahan, J., *Predicting violent behavior: an assessment of clinical techniques*, Ed. Sage, Londres, 1981.
- Monahan, J., "The prediction of violent behavior: toward a second generation of theory and policy", *AJ of P*, 14, 10-15, 1984.
- Raymond, S. G., *Faits de violence et prediction des comportements*. EMCh 37145 A10, Ed. Techniques, París, 1990.
- Risso, R., "Las psicoterapias por coacción judicial", *APdeBA, Revista del Claustro*, 1997.
- Risso, R., "Psicópatas y Delincuentes - Estudio clínico y diagnóstico diferencial", *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. II, N° 6, 1992.
- Risso, R., "Peligrosidad en psiquiatría forense", *Anales*, 1er. Congreso Iberoamericano de Psicología Jurídica, 1995.
- Scott, J. P., *Agression*, Univ. Chicago Press, 1958.
- Senninger, J.-L., "Dangerosite - Etude Historique", *L'Information Psychiatrique*, Ed. Privat, París, 1990.

Tratamiento farmacológico de la agresión impulsiva

Gabriela Silvia Jufe

Médica Especialista en Psiquiatría, Médica del Hospital T. de Alvear, Docente de la 1ª Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, UBA, Docente del Depto de Salud Mental, Facultad de Medicina, UBA. 11 de Septiembre 2140 13°K Capital Federal. 4786-5679.

Convivimos con la agresión. La agresión atraviesa nuestra vida cotidiana y, por supuesto, nos encontramos también con distintas manifestaciones de ella en nuestra práctica como psiquiatras. A pesar de lo corriente de este fenómeno, en el momento de medicar a un paciente agresivo nos damos cuenta de lo poco que sabemos acerca de la etiología y de la fisiopatología de la agresión, y, por lo tanto, de su tratamiento. Es ahí donde surge la pregunta de si hay un tratamiento farmacológico para la agresión. Siendo un fenómeno multideterminado por excelencia (dado que es un claro exponente de cómo se imbrican lo biológico, lo psicológico, lo cultural, lo social, etc. en la génesis de un síntoma), la Psiquiatría ha ido avanzando, lentamente, en la línea del tratamiento farmacológico de un tipo particular de agresión, que es la que se relaciona con la impulsividad. Es a este tema que se dedica el presente artículo.

Una breve introducción acerca del concepto de impulsividad en Psiquiatría

No es posible examinar el tema de la

agresión de tipo impulsivo sin detenernos a reflexionar acerca de cómo se clasifica hoy la impulsividad en Psiquiatría. A pesar de que los trastornos del control de los impulsos han sido reconocidos por lo menos desde principios del siglo XIX, continúan siendo un conjunto de patologías pobremente comprendidas y que han recibido poco estudio sistemático. En realidad, siguen siendo cuestionadas tanto su validez diagnóstica como su individualidad como categoría. Así, en los trabajos sobre este tema se hace evidente la tensión que hay en la nosología psiquiátrica entre el enfoque por categoría y el enfoque por dimensión. Vemos que en el DSM-IV existe una categoría de Trastornos del control de los impulsos (TCI), pero la impulsividad es una conducta o una dimensión que se encuentra en una cantidad de otros trastornos fuera de esta categoría(33, 36).

La impulsividad como categoría:

Pese a la literatura histórica, los TCI no fueron incluidos en los DSM hasta el DSM-III, y en el DSM-IV se los encuentra como TCI no clasificados en otros apartados. El rasgo esencial de un TCI es la incapacidad de resistir a un impulso, una motivación o una tentación de lle-

Resumen

La agresión es un síntoma que está presente en numerosas patologías psiquiátricas. La Psiquiatría ha ido estudiando el tratamiento farmacológico de un tipo particular de agresión, que es la impulsiva. En este artículo se revisa el concepto de Impulsividad en Psiquiatría, y se repasan los principales grupos de fármacos que se han estudiado para el tratamiento de la agresión de tipo impulsivo (antidepresivos, antipsicóticos, antiepilépticos, litio, ansiolíticos, etc.) y los resultados de dichos estudios.

Palabras clave: Psicofarmacología y agresividad – Psicofarmacología e impulsividad – Agresión impulsiva.

PSYCHOPHARMACOLOGY TREATMENT OF IMPULSIVE AGGRESSION

Summary

Aggression is present in a significant number of psychiatric disorders. Psychiatrists have been studying the pharmacological treatment of a particular type of aggression, that is the impulsive aggression. In this article, the concept of impulsivity in Psychiatry is revised, and there is a detailed study of the more important groups of drugs that have been investigated for the treatment of impulsive aggression (antidepressants, antipsychotics, anticonvulsants, lithium, anxiolytics, etc.)

Key Words: Psychopharmacology and aggressivity – Psychopharmacology and impulsivity – Impulsive aggression

var a cabo un acto perjudicial para la persona o para los demás. Además, en la mayoría de los TCI, el individuo experimenta una sensación de tensión o activación interior antes de cometer el acto, y luego siente placer, gratificación o liberación en el momento de llevarlo a cabo. Después de haberlo cometido puede o no experimentar arrepentimiento, autorrepresión o culpa(1). El DSM-IV reconoce los siguientes TCI: trastorno explosivo intermitente, cleptomanía, piromanía, juego patológico, tricotilomanía y trastorno del control de los impulsos no especificado (por ej. dependencia de sustancias, parafilias).

La impulsividad como dimensión:

Se han enumerado los TCI no clasificados en otros apartados. La pregunta, entonces, ES ¿cuáles son los TCI que sí están clasificados en otros apartados del DSM-IV? El control de los impulsos se encuentra alterado en otros trastornos del Eje I, por ej. el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, la esquizofrenia, los trastornos relacionados con sustancias, los trastornos del espectro obsesivo-compulsivo, los trastornos del estado de ánimo y posiblemente también en algunos trastornos médicos y neurológicos. También se encuentra alterado este control en trastornos del Eje II con rasgos impulsivos, como los trastornos de personalidad límite y antisocial. Por lo tanto algunos autores opinan que la definición de TCI es demasiado estrecha, y proponen que los TCI deberían incluir todos los trastornos caracterizados por impulsividad, como los ya mencionados. Algunos de los que proponen esta hipótesis han sugerido que la impulsividad representa entonces una dimensión psicopatológica que posiblemente se deba a una neurotransmisión serotoninérgica alterada, y que atraviesa una variedad de trastornos psiquiátricos(21, 23, 35).

Agresión e impulsividad

Una definición simple de agresión podría ser la de una acción hostil dirigida hacia objetos, hacia otros seres o hacia uno mismo(28). La agresión es un síntoma dimen-

sional que frecuentemente lleva a los individuos a la consulta psiquiátrica y los puede volver difíciles de manejar. En un extremo, la dimensión de agresividad incluye a la actividad y a la agitación, y en el otro a la conducta criminal violenta. En los numerosos estudios que se realizaron sobre la agresividad, lo que interesa es la agresividad de tipo impulsivo y no la premeditada. En algunos estudios se ha dividido específicamente a las conductas agresivas en impulsivas y no impulsivas, y se ha hallado una concentración relativamente baja de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA), un metabolito de la serotonina, en los agresores violentos impulsivos pero no en aquellos que premeditaron sus actos(23).

Algunas nociones acerca de la biología de los trastornos impulsivos y la agresión

Los principales sistemas involucrados en regular la impulsividad parecen ser la serotonina (5-HT), la noradrenalina (NA) y la dopamina (DA). Como se ha mencionado, varios estudios en animales y en humanos sugieren que la 5-HT desempeña un importante papel inhibitorio con respecto a la conducta impulsiva, y que una función serotoninérgica disminuida y unas funciones noradrenérgica y dopaminérgica hiperactivas parecen correlacionarse con un aumento del riesgo de tener conductas impulsivas(15, 16, 23). Pero la evidencia también apunta a que hay más sustancias que desempeñan un papel en la modulación de la conducta agresiva e impulsiva(16).

Hay que tener presente que los estudios de vulnerabilidad biológica a la impulsividad y agresión se deben leer con precaución por varios factores:

1. A pesar de que los factores biológicos pueden representar un papel importante en el desarrollo de esas conductas, es imposible pasar por alto la influencia que tienen los factores ambientales y de aprendizaje en la génesis de la agresión.

2. La conducta agresiva e impulsiva puede tener causas muy variadas, como por ejemplo el pensamiento delirante, las alteraciones cognitivas, la depresión, etc.(16).

3. La conexión de una conducta (en este caso la impulsividad o la agresividad) con un único sistema neurotransmisor es una excesiva simplificación. La modificación de un neurotransmisor va a perturbar otros sistemas neurotransmisores, y, en general, las drogas, las lesiones o los agentes ambientales afectan múltiples sistemas. Incluso, un único neurotransmisor puede producir conductas opuestas a través de distintos mecanismos receptores(8).

Serotonina

Se ha acumulado mucha evidencia que relaciona la disfunción serotoninérgica con la conducta impulsiva y con la agresión de tipo impulsivo. Los estudios en animales y en humanos han sugerido repetidamente una relación inversa entre las respuestas impulsivas y una función disminuida del sistema serotoninérgico(5, 15, 23, 36).

Noradrenalina y Dopamina

A pesar de que el sistema serotoninérgico ha sido el más ampliamente estudiado, hay importante evidencia de que los sistemas NA y DA también desempeñan un papel en la génesis de las conductas impulsivas. En contraste con la 5-HT, la NA puede desempeñar un papel facilitador en promover la impulsividad y la agresión(5).

Esteroides sexuales

En los seres humanos, parecería que los andrógenos desempeñan un papel en la regulación de la conducta agresiva, aunque éste no esté muy claro todavía.

Otros factores neurobiológicos

Otros sistemas cerebrales han sido implicados en la vulnerabilidad a la conducta agresiva, por ejemplo:

• *Arginina vasopresina:*

La inyección de esta sustancia en el hipotálamo ventrolateral de un hamster conduce a la agresión. Es posible que la 5-HT antagonice la actividad de la arginina vasopresina en el SNC, e interactúe con ella para modular la agresión(16).



Oxido nítrico:

Es un neurotransmisor que se encuentra en alta densidad en las regiones cerebrales reguladoras de las emociones. Los ratones en los que se interfiere con la síntesis del óxido nítrico tienen un gran aumento en la agresión y en las conductas sexuales inapropiadas(16).

• MAO A:

Recientemente, se ha asociado una deficiencia genética de esta enzima con conductas agresivas impulsivas(16).

• Endorfinas:

Hay datos limitados que sugieren que niveles elevados de endorfinas pueden contribuir a la impulsividad y las automutilaciones(5).

• Actividad epileptiforme:

También se sugiere una cierta función para ella, dado que se han visto alteraciones EEG en pacientes con trastorno límite de la personalidad, y que hay respuesta de algunas patologías caracterizadas por impulsividad a algunos antiepilepticos(5).

Tratamiento farmacológico de la agresión impulsiva

La heterogeneidad ya mencionada de los trastornos psiquiátricos que se asocian con agresión e impulsividad representa un obstáculo metodológico para el estudio de los tratamientos. La mayoría de la literatura publicada son estudios no controlados y reportes de casos, y hasta la fecha no se ha aprobado ningún tratamiento farmacológico específico para el tratamiento de la agresión(25).

El primer paso en el tratamiento de la impulsividad y la agresión será la realización de una cuidadosa evaluación médica y psiquiátrica para identificar, y, cuando sea posible, tratar, el trastorno psiquiátrico o médico subyacente, ya que las drogas estudiadas para el tratamiento de la impulsividad y la agresión pueden ser:

a. agentes indicados en el tratamiento de una condición neuropsiquiátrica específica asociada con impulsividad o agresión, o

b. otras drogas con posibles propiedades antiagresivas o anti-impulsivas pero que no tengan ningún otro motivo de especificidad para esa población en tratamiento. Un ejemplo del primer caso sería el uso de un antipsicótico en un psicótico agresivo, y un ejemplo del segundo sería el uso de un β bloqueante en la demencia.

Además, algunas drogas pueden ser el tratamiento de elección para algunas

condiciones neurológicas o psiquiátricas asociadas con impulsividad y agresividad y, al mismo tiempo, ser ineficaces en el tratamiento de pacientes impulsivos o agresivos con otros trastornos neuropsiquiátricos(10).

De acuerdo con lo mencionado sobre biología de la conducta impulsiva y agresiva, se podrá esperar que entre las medicaciones más útiles estén aquellas que aumentan la función serotoninérgica o disminuyan la función noradrenérgica y dopaminérgica.

Antidepresivos

Antidepresivos tricíclicos (ATC)

Estas drogas han sido asociadas con un aumento en los problemas del control de los impulsos, de la agitación y de la irritabilidad cuando se estudió su efecto en pacientes con trastornos de la personalidad proclives a la impulsividad(5, 15, 20, 24, 26). De todas maneras, se las ha reportado entre los fármacos eficaces para el tratamiento del trastorno explosivo intermitente(23), y la imipramina ha sido reportada útil para disminuir los ataques de ira en pacientes deprimidos(9).

Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)

En general, dieron resultados similares a los de los ATC en pacientes con trastornos de la personalidad, y se postuló como causa para ambos grupos de antidepresivos el aumento de la neurotransmisión NA junto con la serotoninérgica (5, 15, 20, 26). Sin embargo, también se ha reportado la utilidad de la fenelzina para tratar la hostilidad y la ira autodirigida en pacientes con trastorno límite de la personalidad(12).

Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS)

Se han estudiado la fluoxetina, la sertralina, la paroxetina, la fluvoxamina y el citalopram, que han demostrado eficacia en distintos tipos de conductas impulsivas y agresivas (en pacientes con trastornos de personalidad, obsesiones sexuales, TCI, en enfermedad de Alzheimer, autismo, retardo mental, psicosis, trastorno por estrés posttraumático, trastorno disfórico premenstrual, ataques de ira en pacientes deprimidos y automutilaciones repetitivas)(9, 10, 12, 14, 15, 16, 20, 21, 23, 28, 36, 39).



Trazodona

Es una dorga con propiedades inhibitoras de la recaptación de serotonina y también bloqueante serotoninérgico 5-HT₂. Se reportó su utilidad para tratar casos de impulsividad y agresividad en dosis que fueron, en los distintos reportes, de 75 mg/día (Alzheimer) a 500 mg/día (síndromes cerebrales orgánicos). También fue eficaz en el tratamiento de las automutilaciones y del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Venlafaxina

A dosis bajas inhibe la recaptación I de 5-HT, y a dosis altas se le suma la inhibición de la recaptación I de NA. Esta droga produjo una significativa mejoría en la irritabilidad y la hostilidad en pacientes con trastornos de personalidad (10).

Ansiolíticos

Buspirona

La buspirona es un agonista parcial de los receptores 5-HT_{1A}, y parece ser útil en disminuir la hetero y autoagresión y el aumento de la actividad motriz en pacientes con retardo mental y daño cerebral, en niños con trastornos del desarrollo y en mujeres con trastorno disfórico premenstrual (10, 15, 16, 29, 37). Las dosis han sido de hasta 45 mg/día. A menudo el efecto terapéutico se observa casi inmediatamente (a diferencia de la latencia de dos semanas para el efecto ansiolítico), pero en algunos pacientes hay una latencia en la respuesta. Debido a esta variabilidad, hay que evitar el aumento apresurado de la dosis (29). Se necesitan más estudios para otros agonistas 5-HT_{1A} como gepirona, ipsapirona y flesinoxán (15), pero se supone que el grupo de los agonistas 5-HT_{1A} puede ser particularmente eficaz.

Benzodiazepinas

Las benzodiazepinas pueden reducir la agitación y la irritabilidad en ancianos y en dementes, pero también pueden producir desinhibición conductual. En pacientes con trastorno límite de la personalidad, se vio una importante apari-

ción de episodios de descontrol en los que tomaron alprazolam (versus placebo) (5, 20, 24). Por lo tanto, deben ser utilizadas con cuidado en pacientes con agresión (10), además de considerar que el uso prolongado puede originar confusión, trastornos cognitivos, dependencia o exacerbación de una depresión concomitante (6, 29). Por lo tanto, si se utilizan, se recomienda su uso en agudos (6).

Antipsicóticos

Bloqueantes D₂

Los antipsicóticos (AP) típicos han sido utilizados a menudo para tratar la agresión impulsiva. Sin embargo, no está claro si sus efectos se deben al bloqueo D₂ o a un efecto sedante inespecífico. La tioridazina se ha reportado útil para disminuir la impulsividad en el trastorno límite de la personalidad. El haloperidol en dosis bajas produjo mejoría significativa en los trastornos límite y esquizotípico de la personalidad. También se observó mejoría de conductas suicidas con flupentixol. Varios estudios sugieren que los AP en dosis bajas son útiles para tratar las conductas impulsivas antisociales en el trastorno de personalidad antisocial, sobre todo cuando se presentan también síntomas psicóticos (5, 24). Estos hallazgos sugieren que dosis bajas de bloqueantes D₂ pueden ser tratamientos eficaces para pacientes con impulsividad y agresión impulsiva, pero se debe tener cuidado con el riesgo de producir síntomas extrapiramidales (15), ya que, por este mecanismo, el uso extensivo de AP puede exacerbar el descontrol, la ira y la violencia (6). La *Food and Drug Administration* (FDA) de EE.UU. ha aprobado a la clorpromazina y la tioridazina para el tratamiento de la agresión en niños (37). La trifluperazina ha sido reportada como eficaz para tratar mujeres con trastorno límite de la personalidad y descontrol conductual prominente, incluyendo explosiones de ira, violencia física hacia personas u objetos, autolesiones y amenazas, gestos o intentos de suicidio (12).

Bloqueantes 5-HT₂/D₂

El antagonismo de los recepto-

res 5-HT₂ parece disminuir la agresión, y este efecto podría explicar la capacidad de algunos antipsicóticos atípicos (clozapina, risperidona y olanzapina) para producir una disminución importante de la agresión y la agitación independientemente de los efectos sobre los síntomas psicóticos (16). Los AP atípicos parecen ser un grupo promisorio para el manejo de la impulsividad y la agresión, por ej. en pacientes dementes. En un caso, las dosis reportadas de risperidona han sido de 1,5 a 2,5 mg/día (10). Además, estos fármacos pueden ser más útiles que los neurolépticos para tratar la agresión impulsiva en pacientes con daño cerebral (por ej. clozapina en dosis de 250 a 750 mg/día), retardo mental y trastornos de personalidad, por ej. el trastorno límite de la personalidad (10). En este último trastorno también se ha reportado mejoría con dosis de clozapina de 25 a 100 mg/día (4). Hacen falta estudios controlados sobre el uso de los AP atípicos en niños y adolescentes con trastornos de conducta (37). En algunos estudios, la risperidona fue más eficaz que el placebo en el tratamiento a corto plazo de los síntomas de autismo, incluyendo la agresión (37).

Antihipertensivos

Bloqueantes β: Se los utilizó en varios estudios no controlados para tratar conductas agresivas. Altas dosis de estas drogas (propranolol, nadolol, metoprolol, pindolol) pueden disminuir la agresión en pacientes con síndromes cerebrales orgánicos, lesiones cerebrales, esquizofrenia, autismo, retardo mental, trastorno por estrés posttraumático y trastorno por déficit de atención con hiperactividad residual (2, 6, 10, 11, 15, 16, 21, 36, 39). Se sabe poco de su eficacia en niños y en adolescentes. El uso de estas drogas ha estado limitado parcialmente por la marcada hipotensión y bradicardia que se producen con las altas dosis utilizadas (por ej. desde 50 hasta 1600 mg/día de propranolol, con una media de 250 a 400 mg/día; nadolol de 40 a 160 mg/día o hasta 100 mg/día de pindolol) (2, 10). El pindolol ofrece la ventaja de no producir efectos adversos cardiovasculares.

La respuesta inicial al propranolol en general es retardada, con un período de latencia que varía desde pocos días hasta 2 a 4 semanas. El efecto se mantuvo luego durante todo el tiempo de tratamiento (hasta 2 años), y luego de la suspensión se vio una reaparición de los síntomas(2).

El mecanismo por el que actúan los β bloqueantes es desconocido. No parece estar relacionado con un efecto sedante, ni con una mejoría en los trastornos cognitivos. En algunos pacientes epilépticos se observó a veces una disminución en la frecuencia de las crisis, lo cual permitió la discontinuación o una disminución importante de la medicación antiepiléptica(2). Algunos dicen que el efecto se debería a la acción estabilizadora de membranas(2), pero el metoprolol no es estabilizante de membranas(7). Otros autores especulan con que los β bloqueantes alivian las manifestaciones somáticas de la ansiedad y disminuyen la inquietud motriz, y que la consecuente retroalimentación desde los sistemas neuronal y endócrino produce una disminución en la activación del SNC y alivia los impulsos agresivos(5, 29). Pero incluso los β bloqueantes no liposolubles, cuando se los utiliza por varios días, llegan al cerebro. Considerando la presencia de receptores β en ese órgano y el hecho de que cuando se los administra intraventricularmente a animales producen efecto antiagresivo, lo más probable es que el sitio de acción sea central(32). Los β bloqueantes tienen un efecto sobre la 5-HT cerebral, pero es un efecto muy complejo. A pesar de que el bloqueo de las proyecciones noradrenérgicas a la corteza cerebral aumenta la función serotoninérgica, estas drogas también muestran una afinidad directa por algún tipo de receptor serotoninérgico (por ej. el 5-HT₁)(5, 11).

Agonistas α_2 : El uso de la clonidina en el tratamiento de la agresión patológica no ha sido adecuadamente estudiado, y se vieron beneficios marginales cuando se la utilizó en chicos autistas irritables o con trastornos de conducta agresivos(10, 20).

Antimaníacos

Los antimaníacos disminuyen la labilidad afectiva, y por lo tanto pueden disminuir también la labilidad conductual.

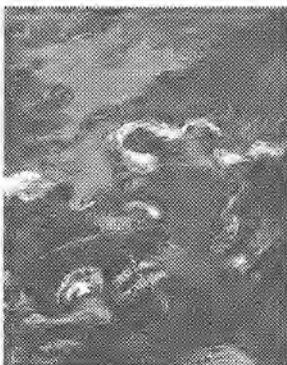
Litio: Por cierto, el litio sería el tratamiento de elección en pacientes bipolares con irritabilidad excesiva y explosiones de ira, y mostró ser eficaz en esa

población(6, 10, 35). Se lo halló más eficaz que el placebo en disminuir la labilidad afectiva en un grupo de pacientes caracterizados por sufrir rápidos e intensos cambios en su afectividad, y problemas con el control de los impulsos. También se lo reportó útil para disminuir la agresión impulsiva en presos (probable trastorno antisocial de la personalidad), en estudios abiertos y controlados(5, 10, 15, 21, 24, 36, 39). También hay reportes de eficacia en TCI específicos como la tricotilomanía(15) y el trastorno explosivo intermitente(23), en reducir la hostilidad y la agresión en pacientes con trastorno límite de la personalidad(12), en niños con trastornos de conducta y conducta explosiva, y en algunos pacientes con daño cerebral y con retardo mental. Las litemias reportadas estaban en un rango que varió de 0,5 a 1,12 mEq/l(10). Como mecanismo de acción del litio algunos autores han propuesto un aumento en la función serotoninérgica y una disminución en la función catecolaminérgica(5, 35).

Antiepilépticos

Son el tratamiento de elección para los pacientes con explosiones de ira y epilepsia. Pero aún queda por establecerse la eficacia de estas drogas como grupo en pacientes sin alteraciones epilépticas, con excepción, quizás, del ácido valproico (AVP) y la carbamazepina (CBZ) (justamente estas dos drogas son también antimaníacas y estabilizadoras del humor como el litio). De hecho, la difenilhidantoína (DFH) y el fenobarbital no parecieron ser efectivos para tratar la conducta agresiva en niños(10, 21, 37). A la DFH se la halló eficaz en una población carcelaria(10, 21) y también se la reportó útil para disminuir la hostilidad, la inestabilidad emocional y la agresión en pacientes con trastorno límite de la personalidad(12).

Sin duda, la CBZ y el AVP son eficaces para tratar la agresión como síntoma de un trastorno bipolar(35). Estas drogas también han sido reportadas como eficaces para el tratamiento del trastorno explosivo intermitente(23). Para algunos autores, este trastorno podría ser entendido como una forma de violencia paroxística producida por una disfunción de las estructuras límbicas en el lóbulo temporal, de forma semejante a la epilepsia, y que responde bien a los antiepilépticos. Para otros(23), la asociación de episodios explosivos con cambios en el humor y



en la energía similares a los síntomas maníacos e hipomaniacos, la alta tasa de comorbilidad con trastornos bipolares, y la respuesta favorable de los síntomas impulsivos y agresivos al tratamiento con agentes estabilizadores del humor sugieren la posibilidad de que el trastorno explosivo intermitente esté ligado al trastorno bipolar. La CBZ y el AVP también han sido eficaces para tratar la explosividad en pacientes con trastorno por estrés postraumático(38), y los componentes de hostilidad y agresión en pacientes con trastorno límite de la personalidad(12, 15, 21, 24, 36, 39).

Respecto al mecanismo de acción de estas drogas, se ha propuesto que esté relacionado con una acción depresora sobre la actividad neuronal a nivel de la amígdala y de la propagación de esta actividad a otras estructuras límbicas(7). Además, aunque el mecanismo exacto no está claro, se reportó que la CBZ aumenta los niveles plasmáticos de triptofano (precursor de la 5-HT).

Estos hallazgos hacen surgir la posibilidad de que los antimaníacos aumenten el funcionamiento del sistema serotoninérgico central, y por lo tanto disminuyan la vulnerabilidad biológica a la conducta impulsiva(15).

Carbamazepina: Hay reportes de estudios abiertos que sugieren que puede ser eficaz en disminuir la conducta autodestructiva en retardados mentales, y en disminuir la agresión en niños con trastorno de conducta.

Ácido valproico: Tanto esta droga como la CBZ resultaron eficaces en el tratamiento de la agresión impulsiva en pacientes con demencia, síndrome cerebral orgánico, psicosis y trastornos de personalidad(10). Además, en reportes de casos, el AVP fue eficaz en el tratamiento de la agresión en explosiones temperamentales(3).

Otros

Antagonistas opiáceos

Varios reportes de casos sugieren la eficacia de la naltrexona para disminuir las automutilaciones repetitivas(6, 21, 30) y para

disminuir la hiperactividad y la irritabilidad en niños autistas(37). También hay reportes de su eficacia para tratar otros TCI (compras compulsivas, juego patológico, cleptomanía)(34). Es importante el hallazgo de que para los TCI el efecto tarda aproximadamente una semana en aparecer, por lo cual es lógico aumentar la dosis recién luego de 1 ó 2 semanas si no hay mejoría y si el paciente tolera la droga. En la mayoría de los casos, la dosis necesaria es de 100 a 200 mg/día, a diferencia de la dosis utilizada en el alcoholismo (50 mg/día)(34). Como la naltrexona es potencialmente hepatotóxica a dosis altas, se están realizando estudios con nalmefeno (6-metileno naltrexona)(34). El hallazgo en cuanto a la dosis de naltrexona también ilustra las complejidades de la organización neural, ya que, farmacológicamente, 50 mg/día exceden los niveles plasmáticos necesarios para saturar los receptores opiáceos centrales(34). Es interesante la observación de que por debajo de las compras compulsivas, el juego patológico y la cleptomanía subyace una tendencia al acopio, y que las conductas de acopio se procesan primariamente en el circuito ATV-núcleo accumbens-corteza orbitofrontal medial. Este circuito recientemente ha sido relacionado con la experiencia hedónica inducida por drogas, y con los síntomas de abstinencia, lo cual podría explicar la respuesta de estas patologías a los antagonistas opiáceos(34). Con respecto a las automutilaciones repetitivas, hay evidencia considerable de que los estímulos dolorosos y otras situaciones de estrés pueden aumentar los niveles de opioides endógenos en el SNC. Se ha reportado que hay pacientes con automutilaciones que no sienten dolor, y se postula que los antagonistas opioides podrían bloquear la "recompensa" de aumento de opioides endógenos y así llevar a la extinción de estas conductas(30). En esta línea, los autores postulan como causa de las automutilaciones una habituación a altos niveles de opioides en la infancia, debidos a una exposición recurrente a abuso físico y/o sexual(30). Aproximadamente la mitad o los

dos tercios de los pacientes con trastorno límite de la personalidad tienen una historia de abuso sexual severo en la infancia(30). Estos pacientes pueden necesitar niveles muy altos de endorfinas para enfrentarse al estrés siendo adultos(30).

En este momento se están investigando antagonistas opioides específicos μ , δ y κ (34).

Agonistas 5-HT_{1A/B}

Son un nuevo grupo de drogas en desarrollo, conocidas como "serenics" –aunque algunos autores denominan así a todas las drogas que pueden servir para tratar la agresión independientemente de su mecanismo de acción(19)– que parecen ser efectivas en bloquear las conductas agresivas en varios modelos animales. En humanos se estudió la eltoprazina, que fue más eficaz que el placebo en disminuir la agresión en un gran estudio multicéntrico con 160 pacientes con discapacidad mental, y también en esquizofrénicos agresivos (dosis de 30 a 60 mg/día)(10, 29), pero se suspendió el desarrollo de esta droga, posiblemente por la aparición de efectos adversos (sedantes u otros) o el desarrollo de tolerancia a los efectos terapéuticos(29).

Psicoestimulantes

Los pacientes que tienen un trastorno por déficit de atención con hiperactividad residual pueden tener conductas agresivas impulsivas, y se pueden beneficiar con el tratamiento con drogas que aumentan la neurotransmisión noradrenérgica, como los psicoestimulantes (metilfenidato, pemoлина) o el bupropión(5, 15, 21, 24). Los psicoestimulantes también fueron efectivos en reducir la agresividad en pacientes con daño cerebral (por ej. metilfenidato 30 mg/día)(10). La dextroanfetamina también ha sido utilizada para el tratamiento farmacológico de la agresión en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, pero la mayoría de la información es anecdótica y el tamaño de las muestras es pequeño(37).

A

Antiandrógenos

A pesar de que los niveles de testosterona pueden estar aumentados en agresores, ha reportado poco beneficio el uso de drogas que disminuyen la testosterona. Los antiandrógenos, como el acetato de medroxiprogesterona y el acetato de ciproterona, parecen disminuir tanto el impulso sexual desviado como no desviado en hombres con parafilias, y esta mejoría conductual se asocia con el nivel de testosterona(14, 16, 21). Pero, al disminuir de manera no selectiva todos los aspectos de la actividad sexual, los pacientes los pueden percibir como una "castración química". En general, la terapia con antiandrógenos no es el tratamiento de elección ni se utiliza como único tratamiento (acompañaría a tratamientos psicoterapéuticos)(14).

Drogas colinérgicas

Se ha propuesto que la disminución de la actividad colinérgica contribuye a los síntomas cognitivos de la enfermedad de Alzheimer. Como el déficit colinérgico también podría contribuir a los cambios conductuales en pacientes con esta enfermedad, las drogas colinérgicas podrían ser útiles para combatir tanto los síntomas cognitivos como conductuales en las demencias. Los inhibidores de la colinesterasa como el tacrine y el metrifonato, y el agonista colinérgico M_1 xanomelina (droga experimental) han demostrado reducir los síntomas conductuales no cognitivos en pacientes con enfermedad de Alzheimer(28). Sin embargo, a pesar de estos hallazgos y del hecho de que el aumento de la conducta agresiva ha sido correlacionado con la declinación de la función cognitiva, se necesitan más estudios sobre las drogas colinérgicas para poder definir su papel en el tratamiento de la agresión en pacientes ancianos demenzados(28) ■



Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales; Barcelona, Masson, 1995.
2. Bailly, D., "The role of b-adrenoceptor blockers in the treatment of psychiatric disorders", *CNS Drugs* 1996 Feb; 5(2), 115-136.
3. Balfour, J. and Bryson, H., "Valproic acid", *CNS Drugs* 2(2) 1994, 144-173.
4. Benedetti, F., Storzini, L., Colombo, C., Maffei, C. and Smeraldi, E., "Low-dose clozapine in acute and continuation treatment of severe borderline personality disorder"; *J. Clin. Psychiatry* 59:3, March 1998.
5. Coccaro, E., and Siever, L., "The neuropsychopharmacology of personality disorders", en *Psychopharmacology, The Fourth Generation of Progress*, editado por Bloom, F. y Kupfer, D., New York, Raven Press, 1995.
6. Corrigan, P., Yudofsky, S., and Silver, J., "Pharmacological and behavioral treatments for aggressive psychiatric inpatients", *Hosp. Community Psychiatry* 1993 Feb; 44(2), 125-133.
7. De Dios Perrino, C., Santo-Domingo Carrasco, J. y Lozano Suárez, M., "Tratamiento farmacológico del trastorno explosivo intermitente", *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 23,2(74-77), 1995.
8. Eichelman, B., "Animal and evolutionary models of impulsive aggression", en *Impulsivity and Aggression*; editado por E. Hollander and D. Stein, Chichester, John Wiley and Sons Ltd, 1995.
9. Fava M, Rosenbaum J., "Anger attacks in patients with depression", *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (suppl 15), 21-24.
10. Fava, M., "Psychopharmacologic treatment of pathologic aggression"; *Psychiatr. Clin. North Am.*, 1997 Jun; 20(2):427-435.
11. Haspel, T., "Beta-blockers and the treatment of aggression", *Harvard Rev. Psychiatry*, volume 2, N°5, January/February 1995: 274-281.
12. Hollander E., "Managing aggressive behavior in patients with obsessive-compulsive disorder and borderline personality disorder", *J. Clin. Psychiatry* 1999; 60 (suppl 15), 38-44.
13. Hollander, E. and Stein, D., "Introduction", en *Impulsivity and Aggression*; editado por E. Hollander and D. Stein, Chichester, John Wiley and Sons Ltd, 1995.
14. Kafka, M., "Sexual impulsivity", en *Impulsivity and Aggression*; editado por E. Hollander and D. Stein, Chichester, John Wiley and Sons Ltd, 1995.
15. Kavoussi, R., and Coccaro, E., "Biology and pharmacological treatment of impulse-control disorders", en *Impulsivity and Compulsivity*, editado por Oldham, J., Hollander, E., and Skodol, A.; Washington, DC, American Psychiatric Press, 1996.
16. Kavoussi, R., Armstead, P., and Coccaro, E., "The neurobiology of impulsive aggression"; *Psychiatr. Clin. North Am.*, 1997 Jun; 20(2): 395-403.
17. Linnoila, M., Virkkunen M, Scheinin M et al., "Low cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid concentration differentiates impulsive from nonimpulsive violent behavior", *Life Sci.* 1983; 33:2609-2614.
18. López-Ibor, J. J. and Carrasco, J. L., "Pathological gambling", en *Impulsivity and Aggression*; editado por E. Hollander and D. Stein, Chichester, John Wiley and Sons Ltd, 1995.
19. Mann, J., "Violence and aggression", en *Psychopharmacology, The Fourth Generation of Progress*, editado por Bloom, F. y Kupfer, D., New York, Raven Press, 1995.
20. Markovitz, P., "Pharmacotherapy of impulsivity, aggression, and related disorders", en *Impulsivity and Aggression*; editado por E. Hollander and D. Stein, Chichester, John Wiley and Sons Ltd, 1995.
21. McElroy, S., Pope, H., Keck, P. and Hudson, J., "Disorders of impulse control", en *Impulsivity and Aggression*; editado por E. Hollander and D. Stein, Chichester, John Wiley and Sons Ltd, 1995.
22. McElroy, S., Soutullo, C., Beckman, D., Taylor Jr, P. and Keck, P., "DSM-IV Intermittent explosive disorder: a report of 27 cases"; *J. Clin. Psychiatry* 59:4, April 1998.
23. McElroy, S., "Recognition and treatment of DSM-IV intermittent explosive disorder", *J. Clin. Psychiatry* 1999; 60 (suppl 15), 12-15.
24. Mulder, R., "Antisocial personality disorder", *CNS Drugs* 1996 Apr; 5(4): 257-263.
25. Nemeroff, Ch, Schatzberg, A., "The phenomenology and treatment of aggression across psychiatric illnesses", *J. Clin. Psychiatry* 1999; 60 (suppl 15), 3-4.
26. New, A., Trestman, R. and Siever, L., "Borderline personality disorder", en *Impulsivity and Aggression*; editado por E. Hollander and D. Stein, Chichester, John Wiley and Sons Ltd, 1995.
27. Plutchik, R. and Van Praag, H., "The nature of impulsivity: definitions, ontology, genetics, and relations to aggression", en *Impulsivity and Aggression*; editado por E. Hollander and D. Stein, Chichester, John Wiley and Sons Ltd, 1995.
28. Raskind, M., "Evaluation and management of aggressive behavior in the elderly demented patient", *J. Clin. Psychiatry* 1999; 60 (suppl 15), 45-49.
29. Ratey, J. and Chandler, H., "Serenics", *CNS Drugs* 4(4), 1995: 256-260.
30. Roth, A., Ostroff, R. and Hoffman, R., "Naltrexone as a treatment for repetitive self-injurious behaviour: an open-label trial", *J. Clin. Psychiatry* 57:6, June 1996.
31. Scheiber, S., "The psychiatric interview, psychiatric history, and mental status examination", en *Textbook of Psychiatry*, editado por Hales, R., Yudofsky, S., and Talbot, J., 2ª edición, Washington DC, American Psychiatric Press, 1994.
32. Silver, J., and Yudofsky, S., "Organic mental disorders and impulsive aggression", en *Impulsivity and Aggression*; editado por E. Hollander and D. Stein, Chichester, John Wiley and Sons Ltd, 1995.
33. Stein, D., Hollander, E., and Liebowitz, M., "Neurobiology of impulsivity and the impulse control disorders", *Journal of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, volumen 5, N° 1, Winter 1993.
34. Suck Won Kim., "Opioid antagonists in the treatment of impulse control disorders"; *J. Clin. Psychiatry* 59:a, April 1998.
35. Swann, A., "Treatment of aggression in patients with bipolar disorder", *J. Clin. Psychiatry* 1999; 60 (suppl 15), 25-28.
36. Trestman, R., deVegvar, M., and Siever, L., "Treatment of personality disorders", en *The American Psychiatric Press Textbook of Psychopharmacology*, editado por Schatzberg, A., and Nemeroff, C., Washington DC, American Psychiatric Press, 1995.
37. Weller E, Rowan A, Elia J. and Weller R., "Aggressive behavior in patients with attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, and pervasive developmental disorders", *J. Clin. Psychiatry* 1999; 60 (suppl 15), 5-11.
38. Yehuda R., "Managing anger and aggression in patients with posttraumatic stress disorder", *J. Clin. Psychiatry* 1999; 60 (suppl 15), 33-37.
39. Yudofsky, S., Silver, J., and Hales, R., "Treatment of aggressive disorders", en *The American Psychiatric Press Textbook of Psychopharmacology*, editado por Schatzberg, A., and Nemeroff, C., Washington DC, American Psychiatric Press, 1995.



Malleus Maleficarum

por Heinrich Kramer y Jacobus Sprenger

Pensamiento y acto de la violencia totalitaria

La institución de la Inquisición en Europa marcó un punto de inflexión en las políticas totalitarias de represión de minorías organizadas desde el poder centralizado de la Iglesia y ejecutadas por su brazo secular: los diferentes estados feudales medievales. Su instauración no fue total y acabada desde un principio sino que se articuló a lo largo de mucho tiempo. En efecto, la Inquisición tuvo su origen en el Concilio de Verona de 1184 que dictó un reglamento especial para la actividad de los obispos en su carácter de Inquisidores Ordinarios. Luego, a comienzos del siglo XIII, cuando las herejías comenzaron a difundirse por Europa, se creó la Inquisición Delegada en la cual la Santa Sede, sin quitar la potestad inquisitorial a los obispos, enviaba al lugar "infectado" a eclesiásticos especialmente destinados a llevar a cabo la campaña contra los enemigos del catolicismo (entendiéndose por ello, bajo el nombre genérico de 'brujos/as' a todos los disidentes, cismáticos y enfermos mentales). En este contexto, y ya en el siglo XV, apareció el más famoso de los libros sobre brujería, el *Malleus Maleficarum* (publicado en alemán en 1486 y traducido, en sucesivas ediciones, en diversos países europeos hasta 1669) que fue escrito por dos monjes dominicos Heinrich Kramer –más conocido con el nombre de Institoris– y Jacobus Sprenger –ambos nombrados Inquisidores con poderes especiales por bula de Inocencio VIII para investigar los delitos de brujería de las provincias del norte de Alemania–. Justamente de su experiencia surge este texto que se transformó en guía de inquisidores durante los tres siglos siguientes.

La atribución de las manifestaciones de la locura a la influencia y posesión demoníacas, permitió a éstos "cruzados de la fe" cometer innumerables atrocidades y todo tipo de violencias sobre numerosos enfermos mentales. El *Malleus* ofició en sus justificaciones como un texto de referencia para aplicar una suerte de semiología que permitiera diagnosticar la presencia de Satán.

Norberto Aldo Conti

I. SOBRE EL SUSTENTO LEGAL

"Bula de Inocencio VIII sobre el satanismo 'Summis desiderantes affectibus' (1782)"

Inocencio, Obispo, Siervo de los siervos de Dios, para eterna memoria

Nos anhelamos con la más profunda ansiedad, tal como requiere Nuestro apostolado, que la Fe Católica crezca y florezca

por doquier, en especial en este Nuestro día, y que toda depravación herética sea alejada de los límites y las fronteras de los fieles, y con gran dicha proclamamos y aun restablecemos los medios y métodos particulares por cuyo intermedio Nuestro piadoso deseo pueda obtener su efecto esperado, puesto que cuando todos los errores hayan sido desarraigados por Nuestra diligente obra, ayudada por la azada de un providente agricultor, el celo por nuestra Santa Fe y su regular obser-

vancia quedarán impresos con más fuerza en los corazones de los fieles.

Por cierto que en los últimos tiempos llegó a Nuestros oídos, no sin afligirnos con la más amarga pena, la noticia de que en algunas partes de Alemania septentrional, así como en las provincias, municipios, territorios, distritos y diócesis de Maguncia, Colonia, Tréveris, Salzburgo y Bremen, muchas personas de uno y otro sexo, despreocupadas de su salvación y apartadas de la Fe Católica, se abandonaron a demo-



vienen cabalgando en chivos



pisotean la Cruz

nios, incubos y súcubos, y con sus encantamientos, hechizos, conjuraciones y otros execrables embrujos y artificios, enormidades y horribles ofensas, han matado niños que estaban aún en el útero materno, lo cual también hicieron con las crías de los ganados; que arruinaron los productos de la tierra, las uvas de la vid, los frutos de los árboles; más aún, a hombres y mujeres, animales de carga, rebaños y animales de otras clases, viñedos, huertos, praderas, campos de pastoreo, trigo, cebada y todo otro cereal; estos desdichados, además, acosan y atormentan hombres y mujeres, animales de carga, rebaños y animales de otras clases, con terribles dolores y penosas enfermedades, tanto internas como exteriores; impiden a los hombres realizar el acto sexual y a las mujeres concebir, por lo cual los esposos no pueden conocer a sus mujeres, ni éstas recibir a aquéllos; por añadidura, en forma blasfema, renuncian a la Fe que les pertenece por el Sacramento del Bautismo, y a instigación del Enemigo de la Humanidad no se resguardan de cometer y perpetrar las más espantosas abominaciones y los más asquerosos excesos, con peligro moral para su alma, con lo cual ultrajan a la Divina Majestad y son causa de escándalo y peligro para muchos. Y aunque Nuestros amados hijos Heinrich Kramer y Jacobus Sprenger,

profesores de teología de la orden de los Frailes Predicadores, han sido nombrados, por medio de Cartas Apostólicas, Inquisidores de estas depravaciones heréticas, y lo son aún, el primero en las ya mencionadas regiones de Alemania septentrional, en las que se incluyen los ya citados municipios, distritos, diócesis, y otras localidades específicas, y el segundo en ciertos territorios que se extienden a lo largo de las márgenes del Rin, no obstante ello, no pocos clérigos y laicos de dichos países tratan, con excesiva curiosidad, de enterarse de más cosas de las que les conciernen, y como en las ya aludidas cartas delegatorias no hay mención expresa y específica del nombre de estas provincias, municipios, diócesis y distritos, y dado que los dos delegados y las abominaciones que deberán enfrentar no se designan en forma detallada y especial, esas personas no se avergüenzan de aseverar, con la más absoluta desfachatez, que dichas enormidades no se practican en aquellas provincias, y que en consecuencia los mencionados Inquisidores no tienen el derecho legal de ejercer sus poderes inquisitoriales en las provincias, municipios, diócesis, distritos y territorios antes referidos, y que no pueden continuar castigando, condenando a prisión y corrigiendo a criminales convictos de las atroces ofensas y de las muchas maldades que se han expuesto. Por consiguiente, en las referidas provincias, municipios, diócesis y distritos, las abominaciones y enormidades de que se trata permanecen impunes, no sin manifiesto peligro para las almas de muchos y amenaza de eterna condenación.

Por cuanto Nos, como es Nuestro deber, Nos sentimos profundamente deseosos de eliminar todos los impedimentos y obstáculos que pudieran retardar y dificultar la buena obra de los Inquisidores, así como de aplicar potentes remedios para impedir que la enfermedad de la herejía y otras infamias difundan su ponzoña para destrucción de muchas almas inocentes, y como Nuestro celo por la Fe nos incita a ello en especial, y para que estas provincias, municipios, diócesis, distritos y territorios de Alemania, que ya hemos especificado, no se vean privados de los beneficios del Santo Oficio a ellos asignado, por el tenor de estos presentes

y en virtud de Nuestra autoridad Apostólica, decretamos y mandamos que los mencionados Inquisidores tengan poderes para proceder a la corrección, encarcelamiento y castigo justos de cualesquiera personas, sin impedimento ni obstáculo algunos, en todas las maneras, como si las provincias, municipios, diócesis, distritos, territorios, e inclusive las personas y sus delitos, hubiesen sido específicamente nombrados y particularmente designados en Nuestras cartas. Más aun, decimos, y para mayor seguridad extendemos estas cartas, de delegación de esta autoridad, de modo que alcancen a las aludidas provincias, municipios, diócesis, distritos y territorios, personas y delitos ahora referidos, y otorgamos permiso a los antedichos Inquisidores, a cada uno de ellos por separado o a ambos, así como también a Nuestro amado hijo Juan Gremper, cura de la diócesis de Constanza, Maestro de Artes, como su notario, o a cualquier otro notario público que estuviere junto a ellos, o junto a uno de ellos, temporariamente delegado en las provincias, municipios, diócesis, distritos y aludidos territorios, para proceder, en consonancia con las reglas de la Inquisición, contra cualesquiera personas, sin distinción de rango ni estado patrimonial, y para corregir, multar, encarcelar y castigar según lo merezcan sus delitos, a quienes hubieren sido hallados culpables, adaptándose la pena al grado del delito. Más aun, decimos que disfrutarán de la plena y total facultad de exponer y predicar la palabra de Dios a los fieles, tan a menudo como la oportunidad se presentare y a ellos les pareciere adecuada, en todas y cada una de las iglesias parroquiales de dichas provincias, y podrán celebrar libre y legalmente cualesquiera ritos o realizar cualesquiera actos que parecieren aconsejables en los casos mencionados. Por Nuestra suprema Autoridad, les garantizamos nuevamente facultades plenas y totales.

*Dado en Roma, en San Pedro, el
9 de diciembre del Año de la
Encarnación de Nuestro Señor
un mil cuatrocientos y
cuarenta y ocho,
en el primer
Año de Nuestro pontificado".*

II. DEL MALLEUS MALEFICARUM*

[...] Sobre la existencia de brujos y adivinos

“Es ilegal que cualquier hombre practique la adivinación: si así lo hace, su recompensa será la muerte por la espada del verdugo. También existen otros que con encantamientos mágicos procuran quitar la vida a personas inocentes, que convierten las pasiones de las mujeres en toda clase de lujurias; estos criminales deben ser arrojados a los animales salvajes. Y la ley permite que cualquier testigo sea admitido como probatorio contra ellos. Esto lo especifica con toda claridad la parte del Canon que trata sobre la defensa de la Fe. Y se permite el mismo procedimiento en una acusación de herejía. Cuando se presenta tal acusación, cualquier testigo puede prestar testimonio, tal como si se tratara de un caso de lesa majestad. Porque la brujería es alta traición contra la Majestad de Dios. Y deben ser sometidos a tortura para hacerlos confesar. Cualquier persona, fuese cual fuere su rango o profesión, puede ser torturada ante una acusación de esa clase, y quien sea hallado culpable, aunque confiese su delito, será puesto en el potro, y sufrirá todos los otros tormentos dispuestos por la ley; a fin de que sea castigado en forma proporcional a sus ofensas”.

Es inútil argumentar que cualquier resultado de la brujería puede ser fantasioso e irreal, porque tal fantasía no puede lograrse sin acudir a los poderes del demonio, y es preciso que se haya establecido un contrato con éste, por medio del cual la bruja, real y verdaderamente, se obligue a ser la sierva del diablo y se consagre a éste por entero, y ello no se hace en sueños, ni bajo la influencia de ilusión alguna, sino que colabora real y físicamente con el demonio y se consagra a él. Pues en verdad, este es el fin de toda brujería; se trate de efectuar encantamientos por medio de la mirada o por una fórmula de palabras, o por cualquier otro hechizo, todo ello per-

tenece al diablo, como se verá en la pregunta que sigue.

Debemos observar en especial que esta herejía, la brujería, no sólo difiere de todas las otras en el sentido de que no sólo por un pacto tácito, sino por uno definido y expresado con exactitud, blasfema del Creador y se esfuerza al máximo por profanarlo y por dañar a Sus criaturas, pues todas las demás herejías simples no han hecho un pacto abierto con el demonio, es decir, ningún pacto tácito o expreso, aunque sus errores e incredulidades deben atribuirse en forma directa al Padre de los errores y las mentiras. Más aun, la brujería difiere de todas las demás artes perniciosas y misteriosas en el sentido de que, de todas las supersticiones, es la más repugnante, la más maligna y la peor, por lo cual deriva su nombre de hacer el mal, y aun de blasfemar contra la fe verdadera. (*Maleficae dictae, a Maleficiendo, seu a male de fide sentiendo*).

Señalemos, además, en especial, que en la práctica de este abominable mal hacen falta en particular cuatro puntos. Primero, renunciar de la manera más profana a la fe católica, o por lo menos negar ciertos dogmas de la fe; segundo, dedicarse en cuerpo y alma a todos los males; tercero, ofrecer a Satán niños no bautizados; cuarto, dedicarse a todo tipo de lujuria carnal con incubos y súcubos, y a todo tipo de asquerosos deleites”.

[...] Sobre la brujería y las mujeres

“Y de la maldad de las mujeres se habla en *Ecclesiasticus*, XXV: “No hay cabeza superior a la de una serpiente, y no hay ira superior a la de una mujer. Prefiero vivir con un león y un dragón que con una mujer malévola”. Y entre muchas otras cosas que en ese lugar preceden y siguen al tema de la mujer maligna, concluye: “todas las malignidades son poca cosa en comparación con la de una mujer”. Por lo cual San Juan Crisóstomo dice en el texto: “No conviene casarse” y *San Mateo*, XIX “¿Qué otra cosa es una mujer, sino un enemigo de la amistad, un castigo inevitable, un mal necesario, una tentación natural, una calamidad deseable, un peligro doméstico, un deleitable detrimento,



Besan las partes traseras privadas del demonio



y bailan en círculo,

un mal de la naturaleza pintado con alegres colores! Por lo tanto, si es un pecado divorciarse de ella cuando debería mantenérsela, es en verdad una tortura necesaria. Pues o bien cometemos adulterio al divorciarnos, o debemos soportar una lucha cotidiana”. En su segundo libro de *La retórica*, Cicerón dice: “Los muchos apetitos de los hombres los llevan a un pecado, pero el único apetito de las mujeres conduce a todos los vicios femeninos es la avaricia”. Y Séneca dice en sus *Tragedias*: “Una mujer ama u odia; no hay tercera alternativa. Y las lágrimas de una mujer son un engaño pues pueden brotar de una pena verdadera, o ser una trampa. Cuando una mujer piensa a solas, piensa el mal”.

Pero la razón natural es que es más carnal que el hombre, como resulta claro de sus muchas abominaciones carnales. Y debe señalarse que hubo un defecto en la formación de la primera mujer, ya que fue formada de una costilla curva, es decir, la costilla del pecho, que se encuentra encorvada, por decirlo así, en dirección contraria a la de un hombre. Y como debido a este defecto es un animal imperfecto, siempre engaña. Porque dice Catón: “Cuando una mujer llora, teje redes”. Y luego: “Cuando una mujer llora, se esfuerza por engañar a un

* Extraído del *Malleus Maleficarum*, H. Keamer und J. Spresnger 1784, Stuttgart. Versión castellana, Ed. Orión, Bs. As., 1975.

hombre". Y esto lo muestra la esposa de Sansón, quien lo instó a que le dijese el enigma que había propuesto a los filisteos, y les dio la respuesta, y así lo engañó. Y resulta claro, en el caso de la primera mujer, que tenía poca fe; pues cuando la serpiente preguntó por qué no comían de todos los árboles del Paraíso, ella respondió: de todos los árboles, etcétera..., no sea que por casualidad muramos. Con lo cual mostró que dudaba, y que tenía poca fe en la palabra de Dios. Y todo ello queda indicado por la etimología de la palabra; pues *Femina* proviene de *Fe* y *Minus*, ya que es muy débil para mantener y conservar la fe.

Por lo tanto, una mujer malvada es por naturaleza más rápida para vacilar en su fe, y por consiguiente, más rápida para abjurar de la fe, lo cual constituye la raíz de la brujería.

Y en verdad, así como por su primer defecto de inteligencia son más propensas a abjurar de la fe, así, por su segundo defecto de afectos y pasiones exagerados, buscan, cavilan e infligen diversas venganzas, ya sea por brujería o por otros medios. Por lo cual no es asombroso que existan tantas brujas en este sexo".

[...] *Sobre cómo actúan las brujas*

"No hace mucho, en la ciudad de Ratisbona, los magistrados condenaron a una bruja a ser quemada, y se les preguntó por qué nosotros, los inquisidores, no éramos atacados de brujería como los otros hombres. Respondieron que las brujas habían intentado dañarlos muchas veces, pero no pudieron, y al preguntárseles por la razón de ello, respondieron que no lo sabían, como no fuese que los demonios les habían advertido que no lo hicieran. Pues, dijeron, sería imposible decir cuántas veces nos acosaron día y noche, ora en forma de monos, ora de perros o cabras, y nos molestaron con sus gritos e insultos, y nos sacaron de nuestro lecho con sus blasfemas oraciones, de modo que llegábamos hasta el otro lado de la ventana de su cárcel, que era tan alta, que nadie podía llegar a ella sin la más larga de las escaleras; y entonces parecían clavarse los alfileres con que se ceñían

sus tocás, y los clavaban con violencia en la cabeza, y así las encontramos cuando nos levantábamos, como si hubieran querido clavarlos en nuestra propia cabeza, pero alabado sea Dios Todopoderoso, Quien en Su piedad, y sin ningún mérito propio, nos ha protegido a nosotros, indignos servidores públicos de la justicia de la Fe.

En Ratisbona un hombre era tentado por el demonio, en forma de mujer, para copular con ella, y se sintió perturbado en gran medida cuando el demonio no quiso desistir. Pero en la mente del pobre hombre surgió el pensamiento de que debía defenderse tomando la Sal Bendita como había oído en un sermón. De manera que tomó un poco de Sal Bendita al entrar en el cuarto de baño, y la mujer lo miró con ferocidad, y maldijo al demonio que le había enseñado a hacerlo, y desapareció de repente. Porque el demonio, con permiso de Dios, puede presentarse en forma de una bruja, o poseer el cuerpo de una bruja real".

[...] *Sobre la manera en que se establece el pacto formal con el demonio*

"El método con que profesan su sacrilegio mediante un franco pacto de fidelidad a los demonios varía según las distintas prácticas a que son adictas las diferentes brujas. Y para entender esto debe señalarse, ante todo, que existen, como se mostró en la Primera Parte de este Tratado, tres tipos de brujas, a saber: las que dañan pero no pueden curar; las que curan, pero, por algún extraño pacto con el diablo, no pueden dañar; y las que dañan y curan. Y entre quienes dañan, se destaca una clase especial, que puede ejecutar todo tipo de brujerías y encantamientos, que abarcan todo lo que las otras, cada una por separado, pueden hacer. Por lo tanto, si describimos el método de profesión en su caso, también bastará para todos los otros tipos. Y esta clase está compuesta de aquellas que, contra todos los instintos de la naturaleza humana o animal, tienen la costumbre de comer y devorar a los niños de su propia especie.

Y esta es la clase más poderosa

de brujas, que practica además muchísimos otros encantamientos. Pues provocan granizo y graves tempestades y rayos; causan esterilidad en los hombres y animales; ofrecen a los demonios, o matan de otras maneras, los niños que no devoran. Pero éstos son sólo los niños que no han renacido por bautismo en la fuente, porque no pueden devorar a los bautizados, ni a ninguno sin permiso de Dios. Además, y a la vista de sus padres, y cuando nadie más está presente, pueden arrojar al agua a los niños que caminan junto a ella; hacen que los caballos enloquezcan bajo sus jinetes; pueden transportarse de lugar en lugar, por el aire, en el cuerpo o en la imaginación; pueden afectar a jueces y magistrados, de manera que no les hagan daño; pueden hacer que ellas mismas y otros guarden silencio bajo tortura; pueden provocar un gran temblor en las manos y horror en la mente de quienes quieran arrestarlas; pueden mostrar a otros cosas ocultas y ciertos acontecimientos futuros, por información de los demonios, aunque a veces esto tenga una causa natural; pueden ver cosas ausentes como si estuviesen presentes, pueden llevar la mente de los hombres hacia un amor u odio desmesurado; en ocasiones pueden herir con un rayo a quien les plazca, e inclusive matar a algunos hombres y animales; pueden eliminar el efecto de los deseos de engendrar, e inclusive el poder de copulación, provocar abortos, matar a los niños en el útero materno por un simple contacto exterior; en oportunidades pueden embrujar a hombres y animales con una simple mirada, sin tocarlos, y causar la muerte; dedican sus propios hijos a los demonios; y en una palabra, como se dijo, pueden provocar todas las pesetas que las otras brujas sólo pueden causar en parte, es decir, cuando la Justicia de Dios así lo permite. Esta, la más poderosa de todas las clases de brujas, puede hacer todas esas cosas, pero no deshacerlas.

Pero es común en todas ellas practicar la copulación carnal con los demonios; por lo tanto, si mostramos el método que usa esta clase principal en su profesión de su sacrilegio, cualquiera puede entender con facilidad el método de las otras clases" ■



confrontaciones



Los nuevos escenarios de la clínica: Salud Mental y Sistemas Prepagos

Daniel E. Izrailit

Psiquiatra. Psicoanalista. J. T. P. Cátedra Salud Mental (UBA). Ex Coord. Equipo de Interconsulta, Hospital "G. Aráoz Alfaro", Lanús. Ex Coord. Grupos de Reflexión sobre la Práctica Médica. Ex Jefe de Servicio Hospital "Oscar Alende", Lomas de Zamora, Pcia. de Bs. As., Argentina

Tel. 54-011-4431-9361 - E-mail : izrawat@interserver.com.ar

En los últimos años, en nuestro país, se vienen produciendo transformaciones de magnitud en el campo social, económico y cultural uno de cuyos tantos correlatos ha sido la irrupción de las empresas de medicina prepaga, y, tiempo después, la creciente inclusión de las prácticas de Salud Mental en la oferta de las mismas a sus afiliados.

El plan del trabajo que aquí propongo incluye una primera parte destinada a una sucinta recorrida por algunas de esas empresas, rastreando ejes significativos de la práctica "psi" que allí se desarrolla, precisando lo que considere aspectos problemáticos, derivados de un particular modo de desarrollar los tratamientos. Me basaré, para ello, en mi propia experiencia, la de los colegas entrevistados –tanto de Capital, como del conurbano bonaerense– y la de los integrantes jerárquicos de algunas de las empresas consultadas.

En la segunda parte intento abrir un espacio de reflexión acerca de si los nuevos escenarios-nuevas condiciones están determinando una singular metamorfosis en la clínica que se realiza, con posibles efectos en los destinatarios de las

mismas y en los profesionales que desarrollan sus prácticas desde estos nuevos marcos laborales. Finalmente presento un esbozo de propuestas para ser ampliado en futuros aportes.

Distintas organizaciones

La relación de las empresas con el psiquiatra o psicólogo, es altamente variable. Se podría describir un amplio segmento que presenta dos polos bien diferenciados:

1. *Fuertemente centralizadas:* Abarcan gran parte o todo el sector de las prácticas psiquiátricas y psicológicas asistenciales, tanto en forma directa, como a través de institutos o empresas intermedias. Presentan alto nivel de normatización, complejidad burocrática y control sobre las prácticas (equipos admisores-derivadores, sin libre elección del profesional, informes diagnósticos periódicos, codificación diagnóstica homogénea, fijación de la duración de los tratamientos, fijación de honorarios particulares para la etapa post cobertura, supervisiones clínicas y cursos obligatorios, etc.). Suelen cubrir todo el rango de prestacio-

nes posibles: desde urgencias psiquiátricas a psicoterapias individuales de las distintas edades, psicodiagnósticos, abordajes vinculares, familiares, hospital de día, psicofarmacología, etc. Valores de honorarios discriminados por tipo de práctica. *Condiciones de ingreso para profesionales:* restringidas. Alta circulación de pacientes.

2. *No centralizadas:* libre elección del profesional por el paciente, sin equipos admisores, elasticidad en la frecuencia de sesiones y duración de tratamientos, sencillez administrativa. En general, menor oferta de opciones asistenciales. Honorarios a valores no diferenciados. *Condiciones de ingreso:* relativamente accesible. Menor circulación de pacientes.

Entre ambas, existen todos los matices intermedios, y combinaciones de variables, por ejemplo: empresas muy reguladas que dejan libre algún aspecto de la práctica, o bien no centralizadas con fuerte control sobre un tema puntual.

El pago

Existen distintas modalidades:
a. El total de la prestación lo



abona la empresa al profesional, a valores previamente convenidos en un período variable, no menor a los 30 días de presentada la documentación.

b. El paciente abona el total al profesional, en el momento de la consulta, a un valor fijado por la empresa.

c. El paciente abona un porcentaje; el resto, la empresa en plazos variables para cada una.

El valor de una sesión de psicoterapia tomando el grueso de las opciones recabadas oscila entre \$10 y \$25. Algo menor (en los valores máximos) para la consulta psiquiátrica

Se registra una caída más que significativa en estos valores en los últimos años: los de inicio, en algunas empresas, eran similares a los privados.

El plazo de pago varía entre un mes de presentada la documentación (por ejemplo en las más centralizadas), a 3 o más meses. La discriminación de prácticas diferenciadas con valores respectivos predomina en las altamente centralizadas. Hay valores específicos para consulta psiquiátrica, psicoterapia individual, vincular, grupal, atención de padres, psicodiagnóstico, etc. Hay ejemplos de sistemas muy regulados donde el paciente paga por cada sesión a la empresa, a valores variables, según dos ejes básicos: 1. la calidad del plan, y 2. el número de sesiones utilizadas: el valor va subiendo con el número de sesiones "consumidas". En los planes más económicos el paciente paga de entrada valores máximos; en los caros, recién después de varios meses (por ej. desde sesión 30). La empresa, en general abona al prestador valores considerablemente más bajos (promedio 50%), de los máximos percibidos del pa-

ciente (se entiende que además de la cuota). En un PMO (Programa Médico Obligatorio) consultado, el paciente le abona a la empresa \$15 por sesión, y ésta le abona \$10 al psiquiatra, hasta la sesión número 30, luego el paciente abona \$30 y el profesional percibe \$15. En sistemas pertenecientes a Círculos Médicos (conurbano y provincia), el afiliado suele pagar valores muy inferiores a la empresa, (mientras se encuentre dentro del cupo de sesiones cubiertas) no variando, e incluso siendo mayores, en promedio, los honorarios que éstas abonan al profesional. Aquí el paciente no suele tener que abonar diferencias en forma directa al prestador. Otros prepagos altamente centralizados no cobran al afiliado por sesión, estando cubierta la práctica por su cuota mensual. Suelen abonar al profesional un valor fijo hasta el fin de la cobertura, que a veces es de un único año.

Es excepcional que al finalizar la cobertura anual, el paciente y el profesional queden en libertad contractual. Puede suceder que como ya se dijo el afiliado pase a abonar valores altos a la empresa para seguir con sus sesiones, o bien que deba abonarlas directamente al profesional a valores determinados por la empresa. Hay un caso llamativo donde aún no permaneciendo el paciente ya más como afiliado del prepago le impiden continuar con el profesional tratante, por considerar que el paciente "es" de la organización prestadora, en este caso una intermediaria que brinda el servicio "psi" para ese prepago y para otros. Algunas de las empresas consultadas, pagan honorarios menores a los psicólogos que a los psiquiatras para el mismo tipo de prestación (por ejemplo, psicoterapia individual). Otras, reconocen prácticas, como los tests, para las que sólo están habilitados los psicólogos. Los controles psicofarmacológicos suelen abonarse menos que las psicoterapias, por suponerse que insumen menos tiempo de prestación.

Duración de los tratamientos

El límite anual de sesiones está normatizado: mínimo de 30 desde la exigencia del PMO, aunque hay algunas que ofrecen menos (18,

por ejemplo). En la mayoría, pueden renovarse cada año; también existen ejemplos de una cobertura de único año. La ampliación de tratamientos requiere autorizaciones especiales; en algunas, con fundamentación diagnóstica, en otras ello no es posible. Hay planes costosos, que no tienen topes anuales de sesiones, y pueden ser renovados indefinidamente en los años siguientes.

La frecuencia de una sesión por semana suele no presentar dificultades, mayor número suele requerir notas de fundamentación, a ser evaluadas por la empresa.

Al igual que en el punto "pago", en varias empresas la elasticidad en la frecuencia y ampliación de tratamientos, suele ajustarse a consideraciones financieras a veces variables de un mes a otro. Más allá de las normas establecidas, si un paciente exige directamente a la empresa una ampliación de tratamiento, se lo suele satisfacer (ello, a veces deja en posición incómoda al profesional, que explicitó al paciente lo estrictos de las disposiciones en ese sentido).

En cuanto a la duración de cada sesión también suele haber regulación (hay algunos casos, curiosamente en sistemas poco regulados, en que imprimen la leyenda de lo que debe durar cada sesión "como mínimo", en los bonos de autorización que entregan al paciente cada mes). En los más regulados, se consigna en el contrato que firma el profesional con la empleadora, pudiendo ser reforzado en algunos casos por el admisor, quien suele enunciar los derechos del paciente en la primera entrevista. Hay prepagos que entregan al paciente detalle por escrito de lo que debe durar cada práctica "psi".

Destino de los pacientes "post cobertura"

Parece haber una correlación bastante estrecha entre continuidad de los tratamientos y condiciones del sistema prepago en cuestión, en especial en el aspecto monetario. Aparentemente la amplia mayoría de los pacientes interrumpe el tratamiento hasta el año siguiente (o por un período incierto), una vez que su cobertura de sesiones de ese año ha caducado, sobre

todo en los sistemas donde la opción es el cambio a un honorario alto pagadero a la empresa o la libertad de acuerdo con el profesional (o sea pasaje transitorio a atención privada, lo que sucede en muchos sistemas abiertos). Aquí una amplia mayoría de pacientes intenta una mediación del profesional con la empresa para una ampliación extraordinaria. Esto suele implicar el pedido de "inflar" un diagnóstico, si es que el padecimiento, en sí mismo no justifica tal excepción. El argumento más escuchado parece ser la imposibilidad o molestia de erogaciones extras a la "ya abultada cuota mensual". De los pacientes que deciden seguir en los sistemas donde deben pasar a abonar valores altos a la empresa, una cantidad considerable ofrece convenios "non sanctos" al profesional, esto es arreglar con ellos valores menores, a espaldas de la empresa. En los planes muy caros esto no suele suceder ya que la cobertura suele prolongarse indefinidamente.

Un colega entrevistado me relató el siguiente testimonio de un paciente, que pareciera reflejar, en bruto, una especulación generalizada, que por supuesto, pocos ponen en palabras: "Estuve pensando que entre las vacaciones, las veces que me enfermó, los feriados en semana que son cada vez más, y las que Ud. falte -porque alguna gripecita seguro va a tener- con las 30 tiro todo el año, ¿no?".

Ingreso, requisitos, particularidades de los profesionales

En las empresas más centralizadas, el ingreso suele ser dificultoso. Se requiere formación en psicoterapias breves y recorrido hospitalario preferentemente. Se establecen contratos de "locación de servicios" (se factura a la empresa cada mes). Los profesionales firman que no existe relación laboral alguna, por fuera de lo citado. Algunas empresas requieren seguros de mala praxis (a cargo del interesado). La ubicación del consultorio del "psi" suele ser una variable considerable, ya que en el afán empresarial de mayor oferta geográfica, hay zonas que compensan "curriculas no tan convenientes".

Así como es de complicado el ingreso en algunas, sucede lo

opuesto con otras: en instituciones nuevas, o de pocos asociados, se suelen incluir "por error", a cantidad de profesionales de cartillas de empresas competidoras. Cuando el profesional protesta le ofrecen ingresar. En el conurbano, en algunos prepagos de los Círculos Médicos, el ingreso suele ser sencillo, para los psiquiatras especialmente. Figuran en cartillas, y sus prácticas y relación con la empresa suelen ser prácticamente iguales a la de otros especialistas.

Población profesional

Originalmente las empresas tomaban profesionales jóvenes en forma casi exclusiva, en la actualidad se observan cambios significativos: colegas de prestigio y dilatada experiencia, están integrando los planteles o bregando por entrar en ellas, sobre todo a las empresas que ofrecen mejores condiciones.

Cambio de hábitos

Junto con la creciente posibilidad de acceso a la atención psicoterapéutica, en especial para vastos sectores de escasos recursos, a través de los prepagos con planes más económicos o los que tienen cobertura automática por la empresa en que trabajan, (gente que se atendía en hospital o no se atendía), se observa una considerable utilización de este recurso por franjas poblacionales medias y pudientes, que aún poseyendo cobertura, tradicionalmente se procuraban la atención psicológica en forma particular, o sea por fuera del sistema. El criterio rector, que era la recomendación a un profesional, devino en elección por una cartilla, (donde muchas veces el fundamento pasa por la dirección del consultorio), o directamente la no-elección, en el caso de sistemas con equipos admitores y sin cartillas con los nombres de los profesionales.

Repercusiones en el profesional

Luego de esta panorámica sobre un particular universo laboral, que a su vez se despliega en un momento social de crisis, con presentaciones clínicas inauditas por su severidad, ¿cómo repercute todo ello en la salud de los tratamientos, y la de los profesionales? ¿Las



nuevas condiciones representan ligeras interferencias, o escollos definitivos en la calidad y finalidad de un tratamiento?

Creo advertir dos terrenos diferenciados (aunque puedan potenciarse mutuamente), en los cuales rastrear una respuesta a estos interrogantes: la relación del profesional con la organización contratante y la relación del profesional con su herramienta terapéutica.

a. *Relación profesional-empresa:* Los profesionales en las organizaciones muy reguladas, generalmente intermediarias o prestadoras (que brindan servicios "psi" a diferentes empresas), suelen tener mayor trabajo, mayor ingreso, y también mayor conflicto (más o menos manifiesto) con algunas de las cuestiones puntuales tratadas, o bien con el marco ideológico general imperante, en comparación con los prestadores de sistemas más pequeños o menos regulados. Esto se constata especialmente en quienes han desarrollado práctica privada previa y en los que tienen formación psicoanalítica. Además del impacto en la herramienta de trabajo, hay suspicacias y malestares diversos por lo que se cobra de honorarios con relación a una supuesta descomunal masa de dinero en circulación, más cuestiones administrativas que suelen ser vividas como "maniobras": un solo día para presentar papeles perdidos en el cual se pierden 30 días en el cobro, rebaja en el valor de los honorarios en forma inconsulta, devolución de planillas por mínimos errores, y varios más. Por otro lado, el profesional no deja de reconocer que en estos tiempos de crisis, la empresa le permite vivir, y en muchos casos "tener el



consultorio lleno".

Hay algunas pequeñas instituciones creadas con fines especialmente formativos, y que, además, prestan atención en consultorios externos. Aquí, el panorama parece ser otro, porque los prestadores se sostienen en fuertes transferencias con los directores y coordinadores, habiendo un manejo más accesible y participativo tanto en lo clínico como en el tema del dinero y otras cuestiones institucionales. Al ingresar esas organizaciones en el vértigo de la prestación de servicios para una empresa de medicina prepaga importante, puede suceder que se generen derroteros similares a "las grandes".

b. *Herramienta de Trabajo*: Hay que trazar una primera divisoria de aguas entre aquellos que vienen de una profusa práctica privada sobre todo en el marco de las psicoterapias profundas, en especial los psicoanalistas, y los que están comenzando su desarrollo laboral, y más aún, si sustentan otras modalidades teóricas. En los primeros podemos precisar efectos considerables en el método, en las consecuencias clínicas y por ende en la subjetividad de quien realiza esas prácticas, la que resulta de los complejos procesos de adaptación (en sus distintos grados), rechazo, o resignación, ante las condiciones reinantes.

Tanto el establecimiento de las condiciones como el posterior desarrollo de un psicoanálisis, padecen distorsiones, interferencias, radicales para algunos, no tanto para otros. A saber:

1. *Transferencia*: este cimienta decisivo en la construcción de un proceso psicoterapéutico, en la perspectiva básica de la atribución

de un saber y una autoridad al profesional por parte del paciente, corre el riesgo de *no constituirse o bien de padecer de crónica fragilidad*, en la medida que marcas decisivas y fundacionales del convenio, se establecen con otro que no es el que ejecuta el tratamiento: elección-valor de la consulta-destinatario del pago-frecuencia de sesiones-duración del tratamiento, consignas sobre cómo será el proceso, (de boca del admisor). Es más, en varias empresas, el paciente asiste a las maniobras administrativas, a veces penosas, que el profesional debe procurar, para que ese otro, con un poder decisivo, consienta, por ejemplo la continuidad del proceso terapéutico. No parece excesivo vincular esto, con la atención de niños o adolescentes (o adultos muy dependientes), donde existe la presencia concreta y decisiva de un progenitor en el destino de ese tratamiento.

En este incierto itinerario, suele el profesional quedar colocado como *"aliado-intermediario"* del paciente ante el sistema prepago, para conseguir beneficios que supuestamente "convienen a ambos". Otro lugar habitual y más complicado aún, es el de *"empleado del paciente"* al cual éste trata y exige como tal, con el derecho del que paga suculentas sumas al mes, y al que la empresa alienta en sus pretensiones, con una política de seducción premeditada (señalo aquí el exceso, sostenido por la convergencia de determinadas estructuras o conflicto del paciente con marcos empresariales que lo alientan y potencian).

Queda claro que ni siquiera aludo a la transferencia que "se trabaja", como dato central de una cura analítica. Aludo a ese vínculo elemental, fundamento de cualquier intervención "psi", e incluso de cualquier acto que se pretenda terapéutico. En este sentido, *un profesional de la cartilla detentaría mejor condición*, al menos de inicio, para la salud de ese vínculo, y por ende, del proceso. La elección del profesional por el paciente, aunque más no sea por lo que oscuramente le evoca el apellido de aquél, *es un acto subjetivo de significación* en la constitución de una transferencia favorecedora del proceso.

Muchos colegas, especialmente de los sistemas más centralizados,

refieren que deben "remontar" una transferencia adversa, hecho que no siempre es exitoso. Es que la admisión *suele dejar marcas fundacionales en el sentido de la categorización del problema, de cómo será el proceso y cuanto durará*. Esto lleva a plantear una cuestión más abarcativa y previa aún: el gran "paraguas transferencial", debajo del cual se suele ubicar el paciente, es en realidad la empresa. Esto ofrece beneficios psicológicos y dificultades. A saber:

Repercusiones Clínicas

Un trabajo sobre ciertos materiales clínicos (lo que ha tenido influencia decisiva en la elaboración de este artículo), evidencia que la problemática de la dependencia y más aún del desamparo subjetivo—presentes en los "normales", neuróticos y en dimensión relevante en ciertos pacientes graves— en el marco institucional descrito, se escurre con regularidad de nuestros consultorios aprovechando las condiciones favorables del sistema para cristalizarse allí, no ofreciéndose como objeto de trabajo. Un modo notorio de evidencia clínica es la carga dramática con que se experimenta el fin "de la cobertura", que adquiere así toda su potencia literal, de difícil abordaje, ya que a veces lo advertimos cuando el paciente interrumpió su tratamiento. Queda claro que al no tener en nuestras manos casi ninguna rienda del proceso, tales problemáticas no eclosionan a tiempo, o directamente no aparecen, deteriorando la eficacia, incluso diagnóstica. Uno de los materiales clínicos aludidos, muestra a un paciente de edad mediana, con una historia trágica de pérdidas y desamparos, en edades tempranas, tan inmensa como la fortuna que había amasado y que utilizaba, nítidamente (para los demás), como ropaje para sus carencias. Toda su vida parecía girar en torno al dinero. Aunque la progresión del trabajo psicoterapéutico y el vínculo con el profesional parecían indicar un proceso eficaz, fue notorio el efecto que detonó el fin de sus 30 sesiones: se angustió brevemente, luego se retrajo, adquirió una férrea postura defensiva, e informó la interrupción del tratamiento. Recién después de una ardua tarea

del profesional, se pudo (parcialmente), retomar el cauce del proceso, perfilándose un sentido de lo acaecido: por un lado, el paciente experimentó como una tragedia el final de "la cobertura". Cuando se avanzó (a duras penas) por este derrotero, se evidenció el complemento: la ampliación de la protección requería abonar casi tres veces más por sesión, lo que le resultaba absolutamente intolerable, ya que la función protectora del dinero era tan lábil, que un mínimo descontrol financiero lo precipitaba al terror. El paciente llegó a "un acuerdo" con la empresa, informó al profesional que disminuía de dos a uno el número de sesiones, y así continúa su tratamiento en la actualidad. Aunque se pudo "desvestir parcialmente" su carencia, nuevamente cristalizó en "otro lado" sus síntomas.

La variable "dinero", en sus vertientes de la definición de un valor de sesión y de la recepción en forma directa del mismo, tiene sus efectos precisos. Sabemos que el universo económico del humano padece las represiones, distorsiones y patologías consecuentes, tanto o más que su emparentada sexualidad. Que semejante cuestión quede fuera del "comercio parlante" que supone un tratamiento exhaustivo, no es ajeno a las limitaciones o "vueltas contra sí mismo" que está exclusión engendre hacia el proceso.

La sola cuestión resistencial, fenómeno hartamente estudiado y presente en distintos tramos de un tratamiento, está facilitada por la intensa relación con la empresa, reforzada por la constelación de condiciones descritas y específicas para salud mental. Ofrecen al paciente un aceitado pretexto para discontinuar ("problemas" con el plan, cambios administrativos y etcéteras que el profesional desconoce). La imposibilidad de trabajar la variable dinero, también se corrobora en la atención hospitalaria; allí existe una legitimación muy diferente como también diferentes efectos sobre la clínica y sobre el profesional.

El plazo y la frecuencia de tratamiento preestablecidos en estos marcos laborales son un "corsé de nacimiento", que además de condicionar la estrategia y la profundidad del proceso, también incide deci-

didamente en el pronóstico. Me atrevería a decir que hasta puede incidir en el diagnóstico de modo inadvertido.

A esta altura, ustedes podrán decir: ¿Pero qué interés puede tener la empresa de que el asociado revise sus cuestiones con el desamparo, la resistencia o con los billetes? –sobre todo si viene pagando sus cuotas al día–. Posiblemente ninguno, respondo. De hecho sabemos que gran parte de ellas, desalientan activamente el psicoanálisis (o las psicoterapias inspiradas en él), por considerarlo "antieficiente y antieconómico". Pero nuestra responsabilidad es advertir lo que posiblemente queda afuera, y sus consecuencias.

Aquí se abre una nueva cuestión, insoslayable: la confrontación entre expectativas, objetivos y éticas, un tanto, bastante, o bien francamente contrapuestas:

Empresa: "Sociedad mercantil o industrial"

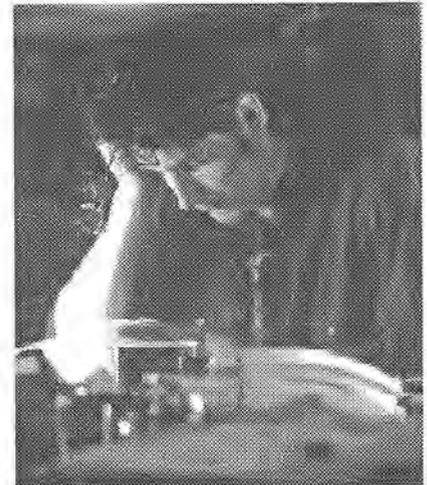
Mercantil: "Relativo al mercader, a la mercancía o al comercio porque tiene afán de lucro".

Cliente: "En la antigua Roma, plebeyo que estaba bajo la protección de un patricio. Persona que está bajo tutela o protección de otro. Respecto del que ejerce profesión, el que utiliza sus servicios. Respecto a un comerciante, el que compra en su establecimiento"

Satisfacción: "Realización del deseo. Razón o acción con que se responde enteramente a una queja".

En estos términos se puede resumir apretadamente el norte de las perspectivas, intenciones y políticas de la institución marco de los procesos descritos. Más allá del hecho ostensible de que cada empresa llevará a cabo sus objetivos con marcos éticos propios (estableciendo diferencias considerables), no hay duda de que la naturaleza intrínseca de su condición mercantil le imprime un sesgo contundente. ¿Cómo se armoniza esto con un "prestador", que no piensa en "clientes" sino en "pacientes", no piensa en "satisfacción", sino en "curación", que piensa en gente que lo convoca porque padece, y que para eso viene munido de un pasaporte llamado *ética profesional*?"

A esta intrínseca colisión de concepciones, se adiciona el modo tan particular de desarrollo de



la libre empresa que se ejercita en esta región del globo, donde suele haber condiciones para sostener afanes de lucro más exacerbados, y además "la mercancía" en juego es –o debería ser– un bien social.

En esta convivencia de discursos es interesante destacar posturas argumentales de algunos auditores, gerentes y directores con injerencia en el área "psi", muchos de ellos colegas psiquiatras devenidos empresarios: "los profesionales finalmente van a reconocer la ayuda que significa ordenar todo ese caótico mundo de la psicología, con sus miles de ramas y escuelas, y hacerlo accesible y eficiente. Acercarles criterios nuevos para ustedes, como "control de calidad, optimización de recursos, gratificación del cliente, objetivos plazos y resultados", les va a dar una visión y una utilidad del trabajo, más acorde a los tiempos que corren". Otros en las mismas funciones en otras empresas, admiten no tener la menor idea del tema, ni interés en tenerla, limitándose a manejar la cuestión en forma similar a otras especialidades médicas, muchos con dificultades por ello, y resignados a que tuvieron que incluir "esas prácticas" "para competir".

En el marco institucional predominante es posible que las problemáticas con mejor pronóstico sean las puntuales, reactivas en estructuras sanas, los cuadros psiquiátricos con buena respuesta farmacológica, las patologías crónicas estabilizadas, la orientación a padres, las crisis vitales. Distinto parece ser el panorama para las neurosis, en especial en sus versiones de mayor gravedad, donde se requiere el establecimiento de una neurosis de transferencia consistente para

avanzar en la curación. Tanto o más complejo aún es el destino de la amplia y polimórfica patología del narcisismo de abordaje ambulatorio. No sólo por los largos plazos terapéuticos requeridos, sino porque ponen a prueba la solidez de la plataforma subjetiva (laboral-institucional) del profesional.

Un comentario aparte merecen los pacientes con rasgos perversos: suelen ser una pesadilla, ya que aprovechando las "facilitaciones" del sistema, suelen intentar distintas conductas de desacreditación del profesional ante la empresa, operando en ambos polos, con propuestas al límite o por fuera de las normas.

La salud del profesional

Lo primero que hay que decir es que el profesional más afectado suele ser el que no tiene trabajo. Pero creo que es igual de atendible el que, por cuestiones teóricas y/o éticas, padece la colisión de propuestas y marcos valorativos que subyacen a la empresa y al ejercicio de esta profesión. La adaptación del instrumental terapéutico a los nuevos códigos tiene distintos saldos psíquicos en los efectores: muchos, con sólida formación en psicoterapias profundas, deben "disimular", ante sistemas muy regulados (supervisiones, informes etc.), lo que incluye técnicas conductistas para evitar a rajatabla la pronunciación de la palabra tabú: "diván". Peor suele ser disimular ante los pacientes, o sea ante sí mismos, con imaginables consecuencias subjetivas (frustración-impotencia-síntomas). La dependencia de otro, que decide cuánto dura un tratamiento cuánto vale, cómo y cuándo se efectiviza, con modificaciones *ad hoc*, ajenas a los acuerdos y a circunstancias vitales del profesional, engendran enojo o desmotivación laboral. Todo se acentúa, como ya se dijo, en quienes han desarrollado una práctica privada extensa con anterioridad, y en los que sostienen fuertes formaciones psicoanalíticas. Es necesario decir que, a muchos colegas, el no manejo de ciertas variables, como el dinero o los plazos de tratamiento, les ahorra "interferencias". El hecho de que los pacientes se alojen debajo de un pa-

raguas que no es uno, también suele aliviar a más de un profesional. En otros, el trabajo organizado, con equipos, derivaciones, ateneos, les funciona como remedo del trabajo hospitalario.

Muchos admiten que notan "un forzamiento" en su clínica, algo impreciso, no agradable, producto de las nuevas condiciones. Otros, refieren "estar sobrevolando" la subjetividad de sus pacientes sin detenerse demasiado, sobre todo en "temas espinosos". Otros consideran que con el paciente dentro del consultorio, todo "lo otro", queda afuera, sin perturbar.

Reflexiones finales

Comienza a escucharse con asiduidad, la sincera expectativa de muchos pacientes de curar distintas dolencias psíquicas en 18 ó 30 sesiones. Me fueron referidos varios testimonios de colegas a los que airados progenitores reclamaban no haber curado a sus hijos en el plazo prometido o esperado. La instalación de semejante supuesto —a esta altura un verdadero impacto cultural de los nuevos "tratamientos *prepaguizados*— comienza a aproximarnos a una suerte de "kinesiólogos del aparato psíquico" (sin intención peyorativa hacia esa disciplina que opera sobre huesos, articulaciones y músculos).

Es oportuno mencionar que los cuestionamientos puntuales a un modo de concebir la práctica, no deben sugerir una negativa a repensar nuestros paradigmas. Pero una cosa es extremar el despliegue de ámbitos serios de debate (que no excluyen lo extra-disciplinario), y otra es confiar el derrotero de nuestras herramientas a los economistas, auditores y gerentes de *marketing*.

Por otro lado, en el abanico de instituciones con sus marcas diferenciales, hay aspectos rescatables, otros menos nocivos, y otros preocupantes, que cada uno precisará. Hay organizaciones con un clima laboral distendido, con trabajo rico, con profesionales de gran trayectoria clínica y con escasa o nula vivencia de "ser explotados".

En lo personal considero más que riesgosa, tanto para el método terapéutico como para la salud del profesional —o sea para la eficacia

clínica— *la creciente política empresarial de intentar diluir todo vínculo personalizado del paciente con el profesional*, en especial con el profesional "psi" confirmando el carácter excluyente del término "cliente", donde lo fundamental, como reza su etimología, es mantener la tutela, el dominio, o en términos ajustados, su continuidad como asociado. Por si hubiese alguna duda sobre quién es el titular indiscutido del paciente, baste mencionar la situación en algunas empresas cuando el profesional solicita ampliación de cobertura para algún paciente: a través de la auditoría se le solicita un informe detallado, sesión por sesión, desde el ingreso en tratamiento: no es que se desconsidere el secreto profesional. Simplemente se confirma que allí, con él, no hay ningún vínculo privado.

Las importantes restricciones en el amar, en el crear, en definitiva en el vivir que producen muchos de los padecimientos psíquicos más severos, y el tipo de condiciones y de dedicación que requieren su abordaje profesional a lo largo de los dilatados y complejos procesos de cura, hacen que no podamos aceptar fácilmente el actual estado de cosas que propone la práctica "psi" desde el ámbito de los prepagos. El actual "estado de cosas", es evidente que no empieza ni termina con ellos: la cultura "fast food psicológica", la banalización de la vida interior de los hombres, la dilución creciente de la densidad, la complejidad, y de la "saludable dimensión trágica del humano", es funcional a toda una concepción de la vida, que excede con creces el ámbito de la salud. De hecho el crecimiento desmesurado de este rubro empresarial se produce en gran medida por la retracción del Estado en funciones que le son medulares. El argumento de algunos de estos empresarios entrevistados acerca de la utilidad de sus organizaciones en el mayor acceso de grandes grupos poblacionales a la salud, y especialmente a la Salud Mental, es un argumento difícil de rebatir si no se toma en cuenta que gran parte de ello *se engendra en la fenomenal grieta que deja el Hospital Público, y en otras carencias preventivas y asistenciales del Estado*. Una evidencia contundente en este sentido son los numerosos países europeos y algunos americanos con excelente

nivel de Salud donde la injerencia de la empresa privada es mínima.

Propuestas

Teniendo en cuenta que la cuestión de estos nuevos escenarios de la clínica psiquiátrica-psicoterapéutica ya está fuertemente instalada —que todo indica que el proceso va en aumento y que la cantidad de colegas que viven de ello es muy considerable— lo primero que sugiero es cierta mirada exhaustiva de quienes allí trabajan acerca del impacto sobre su clínica. Si bien yo he recortado lo que en términos generales consideré de mayor trascendencia (la dilución del vínculo por la no-elección, la pérdida del control de variables centrales en una cura, la ajenez de las cuestiones institucionales, la presión para privilegiar ciertas concepciones teóricas en detrimento de otras, etc.) sería oportuno revisar las condiciones específicas, con sus malestares propios en cada ámbito particular. Por supuesto que una vez detectadas tales constelaciones problemáticas, corresponde buscar los modos de plantearlas a nivel ejecutivo para avanzar hacia transformaciones progresivas, sabiendo que hay un límite indoblegable, donde el conflicto de objetivos —y de éticas— se vuelve irreductible. De todos modos, más acá de ese límite hay considerables mejoras posibles de las condiciones. *Aunque sea una obviedad hay que enfatizar que la salud del profesional y de su clínica están en estrecha relación con el grado de protagonismo y de injerencia que tenga sobre todas las variables posibles que hacen a su actividad. Dicho en otros términos cuanto más alejado y pasivo con relación a las decisiones que le atañen, más expuesto, y sus pacientes también.*

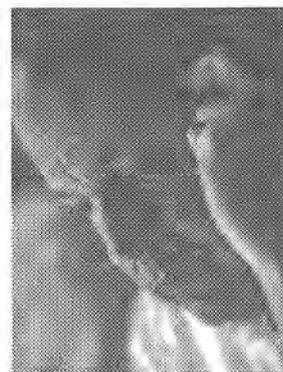
Ello no significa que el espacio más privilegiado para la práctica sea sólo el consultorio privado. Hay modos organizacionales donde se garantiza significativamente la palabra del profesional, y éste participa en forma decisiva tanto en las cuestiones clínicas como en lo institucional. No parece ser éste el modo predominante en el mundo de las empresas descritas, donde lo que prevalece es el anonimato del profesional (tanto para la empresa

como para el paciente)*.

En cuanto a los temas de fondo hay un nivel superior donde, como se dijo, la cuestión se sitúa en un marco político-ideológico mucho más amplio al de la Salud Mental e incluso al de la Salud en general. Pero lo que considero sí está en nuestra órbita de injerencia directa, son dos cuestiones de magnitud que por su complejidad desearía desarrollar en futuros artículos pero que quisiera dejar esbozadas:

Formación-Ética: El argumento citado sobre "el aporte" que estarían haciendo los prepagos a la profesión —sobre todo los que contrataron empresas intermediarias que han regulado fuertemente el ejercicio *psi*, en el sentido de "que nos ayudaron a replantearnos nuestros instrumentos terapéuticos, haciéndonos considerar estrategias más rápidas y/o eficientes para abordar las problemáticas psicopatológicas", junto con "el control de calidad" que significaría estar dándole un poder mayor al paciente para "controlar y exigir al profesional"— son argumentos que deben analizarse *in extenso* porque parece ser veraz que a muchos colegas este sistema les enseñó a trabajar más cerca del psicofarmacólogo, o a considerar la utilización de una estrategia de terapia focalizada para cierto paciente, o para cierto momento del tratamiento del mismo, o para concebir una derivación a otra especialidad, o para decidir que tal o cual paciente no requiere atención de la nuestra. Pero aquí sucede lo mismo que en el argumento anterior ("mayor acceso de pacientes a la atención"): los beneficios citados, —además del costo ya descrito que implican— tendrían que venir de otro lado. Y eso es responsabilidad nuestra. Porque la ética profesional no debería estar exenta de la pregunta de cómo acotar el sufrimiento

1. Una colega me refirió que decidió afiliarse al prepago para el que trabajaba hace muchos años. Cuando solicitó el beneficio que gozan otros prestadores del mismo (cuota reducida), se enteró que nunca perteneció a la empresa para la cual fue entrevistada, a la que le factura sus honorarios cada mes, y en nombre de la cual enuncia las disposiciones a sus pacientes. Su "pase" pertenece a una empresa intermediaria prestadora de servicios "psi" tanto para ese prepago como para otros. Como en el fútbol, la camiseta engaña. Lo decisivo es quién es el dueño del jugador.



de un paciente (lo cual es distinto al "resultadismo", ajeno de la consideración de los medios utilizados o la duración de los mismos) o del trato respetuoso, o de la actualización permanente, o de la atención psicológica personal. Esto conduce al gran capítulo de la formación de pre y postgrado en nuestras disciplinas de lo mental, lo que excede con creces este artículo.

Política: Se refiere al poder de interlocución y representatividad política de instituciones de nuestras disciplinas para, por ejemplo, defender criterios como los mencionados o muchos otros, tanto con el capital privado como con el estado en sus diversos estamentos. Una conciencia político gremial es indisoluble de la cuestión científica y de la ética, en la medida que muchos de sus postulados y desarrollos exigen interlocución con los diferentes poderes que directa o indirectamente inciden sobre el ejercicio de nuestra profesión y sobre la salud mental de la población. En esta línea, el papel de los Colegios Profesionales, Asociaciones de Psiquiatras y de Psicólogos, Universidades, Instituciones formativas privadas, entidades gremiales, debiera ser preponderante, lo que exigiría, entre otras tantas cosas, importantes niveles de articulación. Es que una vez más, cuando se trata de condiciones laborales y de fuertes intereses involucrados, los cambios favorables nunca vendrán solos ni desde afuera ■

Agradecimientos: Dr. Guillermo Pérez Martín; Lic. Adriana Ragonese; Dr. Arnaldo Bar; Lic. Andrés Nelken; Lic. Augusto Farb; Dra. Nadia Volterman; Dr. Blas de Santos. Y a otros tantos colegas que prefirieron reserva sobre su identidad.



apsa XVI CONGRESO ARGENTINO DE PSIQUIATRÍA **apsa**
I CONGRESO INTERNACIONAL DE SALUD MENTAL

Cuerpo, Lenguaje y Personalidad. Aspectos Biológicos y Psicosociales
Mar del Plata, 30 de marzo al 2 de abril

Mensaje del Presidente

Estimados Colegas:

Nos dirigimos a aquellos que hemos elegido trabajar en el desarrollo de un campo del saber y de la acción, nacido de las problemáticas originales del hombre, y transitado por laberintos culturales, que devienen cada día en consecuencias personales y sociales que, no por pretenderse implícitas son menos tangibles para nosotros.

Nuestra ocupación en tanto clínicos -nos consta- opera sobre la delimitación de los territorios entre la razón y la locura; sobre las calibraciones éticas que suponen la facultad de intervenir en situaciones de sufrimiento humano; sobre la responsabilidad de hablar en el nombre de la Ciencia respecto de los pasajeros de un tren sin destino cierto.

Nuestro quehacer, en tanto Instituciones, nos sitúa en el medio de las turbulencias producidas por la colisión entre el "bien del modelo" y el "bien del congénere", ése mismo que se desgrana en diferentes identificaciones: nosotros mismos, los seres de nuestro afec-

to, los compañeros de tránsito, y la referencia insoslayable que nos convalida: el paciente.

De estar en curso -como pensamos- una cierta degradación de la función social de los trabajadores del campo de la Salud Mental, nos enfrentamos a una particular aporía: la de ser objetos inertes -en tanto colectividad- respecto de los "imperativos de la globalización", pagando el ancho costo personal de la preponderancia de los fines sobre los medios, y presentando como toda tarjeta de crédito una sonrisa más fatalista que hipócrita. O bien, contemplar la alternativa de la desaparición social de cualquiera de nosotros, en el nombre de aquello que podríamos denominar una cierta "incapacidad de adaptación" frente a las reglas del juego.

Por otra parte, empero, la interfase científico-jurídica de la que somos actores, podrá o no cualificarse en hechos culturales que acompañen posibilidades históricas diferentes. Aquello que en la sociedad no cierra, aquello que en el nombre de la Ciencia y la Salud podemos hacer avanzar, aquello que de los derechos reclamados por las víctimas de cualquier clase

de violencia y discriminación social nos atañe, aquello que después de haberlo sabido se transforma en nuestra responsabilidad. Eso mismo, y lo que hagamos con eso, será la historia futura de nuestra Asociación.

Nuestro Congreso de APSA está atravesado por algunas cuestiones pendientes y por problemas futuros. Tenemos cierto tic, que nos hace recordar que no somos otra cosa que la historia que construimos.

Un XVI Congreso Argentino de Psiquiatría y Salud Mental, como el que esperamos realizar, nos gustaría que convoque a tomar en cuenta estas cuestiones.

Como siempre, en los Congresos de APSA, Uds. tendrán la palabra.

José María Moltrasio

Informes e Inscripción: APSA,
San Martín 579 Piso 2º
1004- Buenos Aires, Argentina
Tel: (54 11) 4393-3059/3129 y
4326-2844 - Fax: (54 11) 4393-
3381
e-mail: apsa@overnet.com.ar
web: <http://www.apsa.org.ar>



**IV CONGRESO MUNDIAL DE ESTADOS
DEPRESIVOS**

**IV WORLD CONGRESS ON
DEPRESSIVE DISORDERS**

**SIMPOSIO INTERNACIONAL DE VIOLENCIA Y
CONDUCTA AGRESIVA**

**INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON VIOLENCE AND
AGGRESSIVE BEHAVIOR**

Organiza:

**Departamento de Medicina Psiquiátrica,
Psicológica y Humanística
13 al 16 de Setiembre de 2000
Mendoza, Argentina**

Mensaje del Presidente

El éxito alcanzado por el Primer, Segundo y Tercer Congreso, nos permiten anunciar los avances del IV Congreso Mundial de Estados Depresivos y Simposio Internacional de Violencia y Conducta Agresiva.

El tratamiento sistemático y continuado desde los distintos ángulos de abordaje, de la temática que nos ocupa, constituye a nuestro juicio, una modalidad eficaz de consolidar contribuciones útiles, a la lucha contra estos flagelos de fin de siglo y que lamentablemente nos seguirán acompañando en el próximo.

El esfuerzo de mucha gente y la numerosa participación de profesionales de la Salud Mental, nos ha permitido consolidar un núcleo de especialistas de primer nivel mundial, que cada tres años se reúnen a compartir con generosidad y dedicación científica, sus experiencias y conocimientos, merece un compromiso de continuidad.

Los sucesivos eventos han contribuido a acumular una valiosa experiencia que pretendemos capitalizar, para corregir errores y maximizar las potencialidades de estos encuentros, promoviendo el intercambio científico, el conocimiento interpersonal y queriendo pensar con sano orgullo, también la amistad y la confraternidad.

Este IV Congreso que es co-auspiciado por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), se desarrollará en Mendoza, Argentina, los días 13 al 16 de Setiembre de 2000.

Los esperamos

*Prof. Dr. Jorge Nazar
Presidente*

Comisión Organizadora

Presidente: Jorge Nazar

Vicepresidente: Benigno Gutiérrez

Secretaría General: Silvia Salzman de Cirasino, Gloria Wehbe de Nazar.

Secretaría de Relaciones Profesionales: Ricardo Bianchi, Roberto Fernández Labriola, Jaime Smolovich, Ronaldo Ucha Udabe, Juan José Vilapriño, Aníbal Yaryura Tobías.

Secretaría de Publicaciones: Juan Carlos Bacha, Carlos Soria, Roberto Guembe.

Secretaría de Finanzas: Fernando Linares.

Coordinación Administrativa: Ana María Festa.

Prensa y Difusión: Eduardo Cátulo Díaz.

Actividad Científica

Conferencias – Sesiones Plenarias – Mesas Redondas – Cursos – Posters – Simposia organizados por la Industria Farmacéutica

**Condiciones y límite para la
presentación de trabajos**

Abstracts: Fecha Límite para la Presentación: 31 de mayo del 2000, no más de 200 palabras en español o inglés, en diskettes 3 1/2. En los siguientes programas (Word Perfect 6.0 o 7.0 o Microsoft Word 6.0 ó 7.0)

Trabajos científicos: Fecha Límite para la Presentación de Trabajos: 31 de Julio del 2000

Lenguaje oficial: Español o Inglés con traducción simultánea.

Información general

Secretaría del Congreso: Departamento de Psiquiatría. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo - Rivadavia 122 8º Piso Dto. 81 - C.P. (5500), Mendoza -Argentina

Tel.: 54-0261-4205020/4205115;

internos 2617/2619

Fax: 54-0261-4295662/4380232

e-mail: jnazar@fmed2. uncu. edu.ar

e-mail: afesta@impsat1.com.ar

Neptuno Viajes

Dr. José Valentino - Arenales 961 2º Piso nº 8 - (1061) Buenos Aires Argentina

Tel.: 00-54-011-4394-4414/ 4393-1164

Fax: 00-54-011-4394-1963

E-Mail: jose@neptuno.com.ar

regina@neptuno.com.ar

Calendario de actividades científicas internacionales en el 2000

Abril

6 al 8 Foz de Iguazú, Brasil, *Asociación Brasileira de Psiquiatría*

Mayo

13 al 18 Chicago, Illinois, *APA*
13 al 18 Punta del Este, *Sociedad de Psiquiatría de Uruguay*

Junio

26 al 30 París, Francia, *WPA y Federación Francesa de Psiquiatría*

Agosto

26 al 29 Florencia, *The Italian Society for Psychopathology*

Setiembre

20 al 23 Lima, Perú, *APAL*

José Luis Etcheverry (1942-2000)

La muerte de José Luis Etcheverry enluta al psicoanálisis, a la psiquiatría, a la psicología y a la cultura argentina. Hombre modesto y sabio, su erudición, su empeño y su riguroso dominio de las lenguas, el español, el francés, el inglés, el alemán, el portugués, el italiano, hicieron de él una persona realmente insustituible. Amigo de los autores y de los lectores, amigo de los libros, realizó a través de sus años de trabajo para Amorrortu Editores una tarea silenciosa y sin fallas, que empezó hacia 1970 y lo sobrevivirá por mucho tiempo.

Su ópera magna fue sin duda la traducción directa del alemán al castellano de las *Obras Completas* de Sigmund Freud, que inició en 1976 y le llevó unos cuatro años. Respetó a Freud y su lenguaje con inteligencia y cuidadosamente, no eludió los enigmas del texto original y mantuvo el aparato crítico de la traducción inglesa de James Strachey, sin ceder nunca a los recursos fáciles de nuestro idioma, porque fue siempre *'traduttore'* y nunca *'traditore'*. Gracias a él disponemos de una versión castellana segura, confiable y rigurosa de los escritos del creador del psicoanálisis.

La filosofía y la ética de la traducción, así como la forma de llevarla a cabo se exponen en su libro *Sobre la versión castellana*, que apareció en 1978. La consigna de Etcheverry es: El texto de Freud, y sólo el texto de Freud. Apoyado no sólo en Strachey, sino también en la biografía de Jones, en el *"Vocabulaire de la psychanalyse"* de Laplanche y Pontalis y en las traducciones de Luis López Ballesteros y de Torres y de Ludovico Rosenthal, Etcheverry produce una traducción, que es fiel y original al mismo tiempo. Para lograrlo, José Luis recurrió también a los autores que pueden dar cuenta del ambiente cultural en que Freud se instaló, desde Kant, a Schelling, Herbart, Fechner y tantos más que establecen el entramado donde debe ubicarse el texto freudiano. Vale la pena mencionar también, a otros autores de la época, que Jo-

sé Luis leyó y consultó para realizar su difícil tarea, como por ejemplo Destutt de Tracy, Cabanis, Maine de Biran, entre los franceses, y Wundt, Lipps, Brentano y desde luego Goethe, que tanta influencia tuvo en Freud. Etcheverry va en busca de una literalidad problemática, es decir, "una fidelidad al original atenta a los problemas interpretativos que el texto mismo plantea".

Lo veo todavía en su escritorio atiborrado de libros y de pruebas, siempre sonriente y afable, siempre dispuesto a escuchar, a aprender y a explicar. Aunque su modestia no se lo permitiera, enseñaba continuamente. Era un gusto estar con él, conversar con él, escucharlo.

Joven todavía, tenía al morir 57 años, lleno de entusiasmo y con esa persistencia vasca en el empeño, sufrió de golpe una enfermedad cruel, que enfrentó con todo valor y plena conciencia. No bajó frente a ella los brazos, como no los bajaba nunca frente a las dificultades de su labor. Trabajó hasta la hora de su muerte.

Etcheverry nació en 1942, en Laprida, provincia de Buenos Aires, y llegó a esta ciudad de adolescente. Estudió en la Facultad de Filosofía y Letras y en la Facultad de Ciencias Económicas de la UBA, donde no fue ajeno a la militancia estudiantil de aquellos años. Allí conoció a María Angélica Aráoz y con ella se casó en 1961, siendo ambos muy jóvenes. José Luis y María Angélica tuvieron tres hijos: el mayor se llama José Luis, como el padre, y es músico; Javier es físico; y Jimena, la menor, química. Ellos lo lloran ahora, como todos los hombres y mujeres cultos de nuestra ciudad. Tienen por cierto el consuelo de haber estado junto a un hombre de valor, ejemplar y bondadoso. Los acompaño en su dolor, lo mismo que a mi tocayo Horacio y a todos sus compañeros de Amorrortu. Lo acompañará siempre nuestra gratitud y nuestro cariño. No lo olvidaremos.

R. Horacio Etchegoyen
Buenos Aires, 2 de febrero de 2000

III CONGRESO ARGENTINO DE NEUROCIENCIA Y SALUD MENTAL
2º JORNADAS LATINOAMERICANAS DE NEUROCIENCIA COGNITIVA
2º JORNADAS ARGENTINAS DE EDUCACIÓN EN NEUROCIENCIA
1º JORNADAS PREVENTIVAS PARA EL NEURODESARROLLO
IV ENCUENTRO INTERINSTITUCIONAL DE NEUROCIENCIA APLICADA
IV SIMPOSIO ARGENTINA DE NEUROCIENCIA
Asociación Argentina de Investigación en Neurociencia
Sección Neurociencia de la Asociación Psiquiátrica de América Latina
Capítulo de Neurociencia de la Asociación de Psiquiatras Argentinos
6 y 7 de julio del año 2000
Honorable Cámara de Diputados de la Nación
Anexo Avda. Rivadavia 1843, Buenos Aires, Argentina

Dirigido a profesionales de las disciplinas de la Neurociencia y de la Salud, docentes y estudiantes.
Fecha límite para la presentación de trabajos a premio y temas libres: 26 de mayo del año 2000.
Informes e inscripción: Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). San Martín 579 2º piso, (1004) Buenos Aires, Argentina. Tel.: (54-11) 4393-3059 4393-3381. Fax: (54-11) 4393-3129.
Inscripción libre y gratuita. Se entregarán certificados de asistencia.

Índice alfabético de autores

Volumen X - 1999

- Aguirre, R. D. Ver Ellerman, L. A., Baistrocchi, R. Ver Toro Martínez, E. Bauducco, G. et al., *Daño psicopatológico en pacientes hospitalizados en un Hospital General*, N° 35, pág. 35.
- Bertera, H. J. *Trastornos de la conducta alimentaria y TOC*, N° 37, pág. 186.
- Boullousa, O. Ver López Mato, A. M. Cattáneo, A. Ver Melía, E.
- Cetkovich-Bakmas, M., *La clínica es soberana. Entrevista por N. A. Conti* N° 38, pág. 288.
- Cocco, C. M. Ver Triskier, F. J.
- Conti, N. A., *La clínica es soberana. Entrevista a M. Cetkovich-Bakmas*, 38, pág. 288.
- Corrigan P. *Enfermedad y discriminación: enfrentando las dos causas de la discapacidad psiquiátrica*. N° 36, pág. 105.
- D'Alessandro, H. et al. *Cuatro años de experiencia en formación continua en Salud Mental para médicos generales*, N° 36, pág. 151.
- Ellerman, L. A., Ruiz, A., Solz, P., Aguirre, R. D. *Una utopía posible. La transformación institucional en el Hospital Neuropsiquiátrico "Liniers", Provincia de Entre Ríos*, N° 35, pág. 53.
- Esquirol, J. E. *El caso de la Srta. F...*, N° 37, pág. 225.
- Focci, M. A., Ver Toro Martínez, E., Gabay, P. *Introducción*. N° 36, pág. 101.
- Gabay, P., *El laboratorio en la clínica psiquiátrica*, N° 38, pág. 290.
- Gache, S., *La locura en Buenos Aires (Capítulo VIII)*, N° 35, pág. 68.
- Gagliesi, P., *Apuntes para una psicoterapia con pacientes gays y lesbianas*, N° 38, pág. 300.
- García de Amusquibar, A. M. *Experiencias traumáticas infantiles en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria*, N° 37, pág. 165.
- Gargoloff, P. R., Ver Melía, E.
- Goldchluck, A., Nemirosky, M., Williams, G. *Entrevistas*, N° 35, pág. 60.
- Gómez Arévalo, G. J. *Síndrome de Gilles de la Tourette: ¿Un trastorno neuropsiquiátrico con mecanismos fisiopatológicos comunes con el Toc?*, N° 37, pág. 194.
- Illa, G., Ver López Mato, A. M.
- Johannessen, J. O. *Una propuesta en Noruega*, N° 36, pág. 136.
- Kretschmer, E. *Teoría de los temperamentos*, N° 36, pág. 143.
- Leconte, I. *La evolución de las políticas de desinstitutionalización en Quebec*, N° 36, pág. 121.
- Leiderman, E. Ver Yaryura Tobías, J. A. N° 37, pág. 222.
- Lestard, G. H. *La Asamblea de Pacientes en una Sala de Internación de un Hospital de Emergencias Psiquiátricas*, N° 37, pág. 229.
- López Gastón, R. *La depresión de origen vascular*, N° 36, pág. 85.
- López Mato, A. M., Boullousa, O. Márquez, C., Illa, G., Vieitez, A., *Psiquiatría Ppiconeuroinmunoendocrínológica*, N° 38, pág. 269.
- Márquez, C., Ver López Mato, A. M. McIntosh, I. B. Swanson, V. Power, K. *El estrés de los médicos generalistas y el manejo de la demencia*, N° 37, pág. 170.
- Melía, E., Gargoloff, P. R., Cattáneo, A. *Procedimientos innovadores en la gestión administrativo-financiera en el Hospital "Dr. A. Korn" de M. Romero. Fundamentos, programas y resultados*, N° 35, pág. 20.
- Nemirosky, M., Ver Goldchluck, A. Neziroglu, F. *Tratamiento del TOC y otros trastornos asociados*, N° 37, pág. 207.
- P. Retamal C. *Tratamiento psicossocial de la distimia*, N° 35, pág. 5.
- Pellegrini, J. L. *Cinco años de lucha por la transformación institucional (1993-1998)*, N° 35, pág. 28.
- Pérez Rivera, R. L. *Tratamiento farmacológico del TOC obsesivo-compulsivo resistente*, N° 37, pág. 216.
- Power, K. Ver McIntosh, I. B.
- Robitaille, D. et al. *Recursos residenciales protegidos en Quebec*, N° 36, pág. 111.
- Rodríguez del Barrió, L. *Salud Mental y rehabilitación: la dinámica de diversificación y homogeneización de organizaciones, discursos y prácticas*, N° 36, pág. 127.
- Rovaletti, M. L., *La platonización del cuerpo en la experiencia anoréxica*, N° 38, pág. 254.
- Ruiz, A., Ver Ellerman, L. A.
- Schweiger, A. *Una aproximación a la evaluación aplicada al sector de Salud Mental*, N° 36, pág. 137.
- Scrazzolo, J. *XIº Congreso del Colegio Europeo de Neuropsicofarmacología*, N° 35, pág. 71.
- Solz, P., Ver Ellerman, L. A.
- Swanson, V. Ver McIntosh, I. B.
- Thénon, Jorge, *Electrochoque monolateral*, N° 38, pág. 296.
- Toro Martínez, E. *Formas psicóticas del TOC*, N° 37, pág. 179.
- Toro Martínez, E., Focci, M. A., Baistrocchi, R. *Estudio retrospectivo de una unidad de desintoxicación de la Provincia de Buenos Aires*, N° 35, pág. 44.
- Triskier, F. J. Cocco, C. M. PANDAS. *Trastornos neuropsiquiátricos infantjuveniles como respuesta autoinmune a la infección por estreptococos*, N° 37, pág. 201.
- Triskier, F. J. Ver Yaryura Tobías, J. A. N° 37, pág. 222.
- Triskier, F. J. *¿Porqué los síntomas de la esquizofrenia comienzan a partir de la adolescencia? Una hipótesis basada en las alteraciones del neurodesarrollo*, N° 35, pág. 11.
- Vidón, G. *La rehabilitación psicossocial en psiquiatría*, Entrevista por D. Wintrebert. D. N° 36, pág. 133.
- Vieitez, A., Ver López Mato, A. M.
- Warnes, H., *Trastornos del sueño de diagnóstico frecuente en la clínica neuropsiquiátrica*, N° 38, pág. 281.
- Weissmann, P., *Modelos fenomenológico-existenciales en psicopatología*, N° 38, pág. 245.
- Wikinski, S. I., *Marcadores biológicos en psiquiatría: mitos y realidades*, N° 38, pág. 264.
- Williams, G. Ver Goldchluck, A.
- Wintrebert, D. *La rehabilitación psicossocial en psiquiatría*, Entrevista a G. Vidón, N° 36, pág. 133.

- Yaryura Tobías, J. A. *Investigación del espectro obsesivo-compulsivo. Entrevista por E. Leiderman, F. J. Triskier, N° 37, pág. 222.*
 Zukerfeld, R. *Salud Mental y enfermedad crónica: dispositivos grupales y autogestión, N° 36, pág. 91.*

Suplemento N° 1 al Volumen X

- Bonet, J., Luchina C., *Depresión y sistema immunoendócrino, pág. 5.*
Evaluación del riesgo suicida. Perspectivas bibliográficas, pág. 32.
 Intebi, A. D., *Psiconeuroinmunoendocrinología en pacientes infectados con el virus HIV, pág. 13.*
 Luchina, C., Bas, C., *Psiconeuroinmunología y cáncer, pág. 17*
 Albamonte, J., *Responsabilidad profesional en psiquiatría. El riesgo de suicidio, pág. 23.*
 Sarró, B., de la Cruz, C., *Suicidios y supervivientes, pág. 26*
 Stagnaro, J. C., Wintrebert, D., *Entrevista a R. Horacio Etchegoyen y Jacques-Alain Miller, pág. 35.*

Suplemento N° 2 al Volumen X

Psicopatías

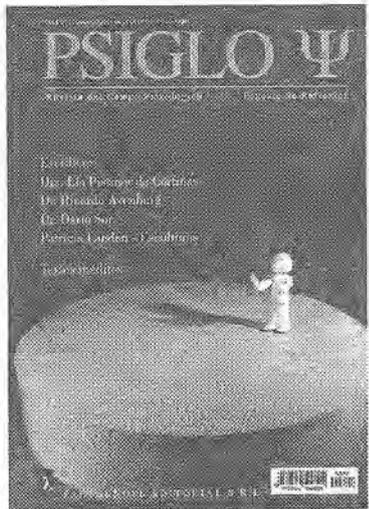
- Koldobsky, N., *Psicopatía, violencia, delincuencia y desorden antisocial de la personalidad pág. 5.*
 Mata, E., *Psicopatía y antisocialidad. Algunas consideraciones neurobiológicas, pág. 15.*
 Pereira, A., *Psicopatía. Intervenciones terapéuticas, pág. 19.*
 Koldobsky, N., Astorga, C., *Desorden antisocial de la personalidad o personalidad psicopática: subtipologías, pág. 23.*
 Astorga, C., *Antisocialidad y psicopatía, pág. 33.*

XI Congreso Mundial de Psiquiatría

- Número de eventos realizados por áreas temáticas, pág. 37.*
Calendario Internacional de Eventos en Psiquiatría, pág. 38
In Memoriam, pág. 39.
Entrevista a Jean Garrabé, pág. 40.
Minorías sexuales: su actualidad psiquiátrica, pág. 41
International Kraepelin Society (IKS), pág. 43

IX Congreso Internacional de la Asociación Internacional de Psicogeriatría (International Psychogeriatric Association, IPA)

- Gabay, P. M., Fernández Bruno, M., *Desafíos para el nuevo milenio: diversidad profesional, cultural y regional, pág. 45.*



PSIGLO Ψ
 Revista del Campo Psicológico
 De reciente aparición

Psyche
navegante

Aparece los primeros viernes de cada mes

Y también en Internet: www.psyche-navegante.com
www.psyche-navegante.com.ar

✓ CLÍNICA PSICOANALÍTICA - SEMINARIO 2000
Tratamiento de inicios difíciles, prevención de interrupciones tempranas



INICIO MARTES 4 DE ABRIL DE 2000

Director: Sergio Rodríguez
 Informes: tel.: 4586-3226/4803-3334/4862-2560
 mail: sbotazzi@arnet.com.ar

L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE
 Revue mensuelle des psychiatres des hôpitaux

L'INFO PSY

10 Números por año
 La mejor actualización de la Clínica psiquiátrica francesa, comentarios de libros, artículos históricos
 Informes y suscripción en la Argentina - Tel.: 953-2353