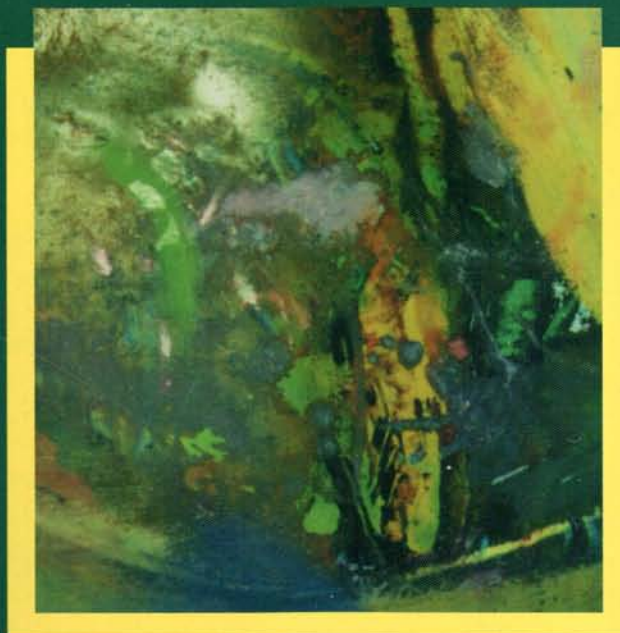


VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

27



MULTIDISCIPLINA

UN DESAFÍO PARA LA
PSIQUIATRÍA Y LA SALUD MENTAL

*Batle / Capozo / Daneri / García
Gómez Mengelberg / Greco / Manson
Negro / Olivera / Pulice / Rossi*

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

Volumen VIII - N° 27 Marzo – Abril – Mayo 1997



VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

27

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

Comité Científico

F. Alvarez (Bs. As.), V. Barembli (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. Goldchluk (Bs. As.), M. Hernández (Lima), O. Kernberg (Nueva York), G. Lanteri-Laura (París), H. Lóo (París), M.A. Matterazzi (Bs. As.), E. Mejías Valenzuela (Madrid), J. Mendlewicz (Bruselas), R. Montenegro (Buenos Aires), A. Mossotti (Santa Fe), J. Nazar (Mendoza), P. Noël (París), E. Olivera (Córdoba), M. Palestini (Sgo. de Chile), 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), I. Vegh (Bs. As.), H. Vezzetti (Bs. As.), E. Zarifian (Caen), L. M. Zieher (Bs. As.), P. Zöpke (Rosario).

Secretaría de Redacción:

Norberto Aldo Conti (Coordinador);
Gabriela Silvia Jufe, Sergio Strejilevich, Fabián Triskier.

Corresponsales en:

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. Stepanyk (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:** 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 CRUZ:** E. Osorio. **SANTA FE:** M. T. Colovini; J. C. Liotta. **TUCUMAN:** A. Fiorio.

Corresponsales en el Exterior:

ALEMANIA Y AUSTRIA: A. Woitzuck. **AMÉRICA CENTRAL:** D. Herrera Salinas. **CHILE:** A. San Martín. **CUBA:** L. Artiles Visbal. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **ESPAÑA:** 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.

Gerencia y Administración:
Carlos De Lorenzo

Diseño
Coordinación y Corrección
Mabel Penette

Composición y Armado:
Omega Laser Gráfica
Callao 157 P.B. "C"
(1022) Buenos Aires"

Impreso en:
Chulca Impresora s. a.
Doblas 1753
(1424) Buenos Aires
Tel.: 921-5817 922-4937

Informes y correspondencia:

VERTEX, Callao 157 P. B. "C",
(1022), Capital Federal, Argentina,
Tel. 373-0690 - 372-8896 Fax: 373-0690

En Europa: Correspondencia Informes y Suscripciones

Dominique Wintrebert, 63, Bvd. de Picpus,
(75012) París, FRANCIA Tel.: (33-1)
43.43.82.22. Fax: (33-1) 43.43.24.64

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

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX VOL. VIII N° 27, MARZO, ABRIL, MAYO 1997

Todos los derechos reservados. © Copyright by POLEMOS S.A.

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

Parte del Dossier de este número de Vertex se ilustró con fotografías tomadas de "130 años del Hospicio de las Mercedes", Editorial Polemos, Buenos Aires, 1993.

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

- "Una nueva explicación bioquímica de la esquizofrenia: La hipótesis glutamatérgica", E. A. Leiderman pág. 5
- "Interés y límites del enfoque criteriológico y escalar en la investigación clínica en psiquiatría", J. D. Guelfi; L. Waintraub pág. 11
- "Suicidio celular. Apoptosis y Neuronas", C. Pérez; G. Gavosto pág. 17

DOSSIER

MULTIDISCIPLINA,

UN DESAFIO PARA LA PSIQUIATRIA Y LA SALUD MENTAL

- El rol del enfermero en el equipo de Salud Mental. Una experiencia de investigación en Hospital Psiquiátrico, S. Batlle, C. Greco, M. Negro pág. 24
- El trabajador social en el ámbito de la Salud Mental, D. García pág. 33
- Terapia ocupacional, S. M. Daneri, E. Gómez Mengelberg, M. A. Capozzo pág. 40
- La inclusión del acompañante terapéutico en la clínica actual, G. Rossi, G. Pulice, F. Manson pág. 47
- "La Colifata", Entrevista a Alfredo Olivera por D. Wintrebert pág. 50

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- La mala vida en Buenos Aires por Eusebio Gómez pág. 58

CONFRONTACIONES

- El diagnóstico: conflictos entre la psiquiatría y las neurociencias, M. Nemirovsky y M. Agrest pág. 67

LECTURAS Y SEÑALES

- "Lecturas" pág. 73
- "Señales" pág. 76

EDITORIAL

En el número anterior de Vertex publicamos una entrevista a R. H. Etchegoyen y J.-A. Miller sobre el momento actual del Psicoanálisis y sus vinculaciones y enlaces con la Psiquiatría. A propósito de ese evento expresamos nuestra satisfacción por poder producir desde Argentina un acontecimiento que juzgamos de relevancia particular en el ámbito científico. En efecto, sus repercusiones no tardaron en conocerse: primero en la prensa argentina y luego en sendas publicaciones que se reprodujeron en lengua francesa (ver Señales) y en italiano (en prensa) el texto de la entrevista fue dado a conocer en otros lugares caracterizándola como un evento histórico. Un logro que nos llena de satisfacción y nos compromete a renovados esfuerzos.

El mes próximo en Mar del Plata tendrá lugar el XIX Congreso Latinoamericano de Psiquiatría conjuntamente con el XIII Congreso Argentino de Psiquiatría de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). Las informaciones disponibles sobre la cantidad de participantes hacen esperar un número de colegas, argentinos y extranjeros, que supera ampliamente al calculado en las previsiones iniciales. Durante el mismo asumirá la presidencia de la Asociación Latinoamericana de Psiquiatras el Dr. Roger Montenegro. Miembro de nuestro Comité Científico, co-fundador y gran organizador de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), la nueva forma que tomó nuestro nucleamiento al renacer la democracia en Argentina, el Dr. Montenegro, también miembro del Comité Ejecutivo de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA), ha bregado incansablemente por las organizaciones de Salud Mental y por darle a la psiquiatría argentina y latinoamericana el reconocimiento merecido por su historia y su presente en el concierto mundial. Vaya con este Editorial nuestro reconocimiento a Roger por su labor, nuestros mejores augurios y nuestro apoyo en su gestión al frente de APAL. ■

J. C. Stagnaro - D. Wintrebert

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES



- 1) Los artículos deben enviarse a la redacción: VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría, Callao 157 P. B. "C" (1022) Buenos Aires, Argentina.
- 2) Los artículos que se envíen deben ser inéditos, redactados en castellano y escritos a máquina, o de ser posible, presentados en diskette (en Microsoft Word o Word para Macintosh 5.1) acompañado de su respectiva copia en papel por triplicado. El título debe ser breve y preciso. Los originales incluirán apellido y nombre del/los autor/es, títulos profesionales, funciones institucionales en el caso de tenerlas, dirección postal, teléfono, fax y E-mail si se dispone de ellos. Deberá acompañarse en hoja aparte de 4 ó 5 palabras clave y un resumen en castellano y otro en inglés que no excedan 150 palabras cada uno. El texto total del artículo deberá abarcar un máximo de 12 a 15 páginas tamaño carta, dactilografiadas a doble espacio a razón de 28 líneas por página, lo cual equivale aproximadamente a 1620 caracteres por página.
- 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.



revista de
experiencias
clínicas y neurociencias



Una nueva explicación bioquímica de la esquizofrenia: la hipótesis glutamatérgica

Resumen

En los últimos años un nuevo modelo bioquímico glutamatérgico de la esquizofrenia, alternativo al dopaminérgico, ha sido postulado basándose en distintas evidencias: 1. la inducción de síntomas positivos y negativos similares a los de la esquizofrenia por la droga fenciclidina, bloqueante no competitivo de los receptores NMDA y 2. la observación de actividad glutamatérgica anormal en el cerebro de los esquizofrénicos. La interrelación de las vías dopaminérgicas y glutamatérgicas a nivel del estriado permiten comprender la incidencia de estos dos neurotransmisores en la fisiopatología de esta enfermedad. La hipótesis glutamatérgica tiene además implicaciones terapéuticas ya que da sustento a la utilización de sustancias que mejoran la actividad a nivel de los receptores NMDA. Estudios clínicos con sustancias como la glicina y la D-cicloserina han mostrado resultados alentadores para el tratamiento de síntomas negativos y han provisto de nuevas evidencias que apoyan el modelo.

Palabras Clave: Esquizofrenia – Glutamato – Hipótesis glutamatérgica

A NEW BIOCHEMICAL EXPLANATION OF SCHIZOPHRENIA: THE GLUTAMATE HYPOTHESIS

Summary

The failure of the dopamine model to explain all the schizophrenic's symptomatology lead to the search for new explanatory hypotheses. An alternative glutamate hypothesis was proposed in the last years. This model is based in different evidences: 1. the induction of positive and negative schizophrenic-like symptoms by phencyclidine (PCP), a non competitive NMDA receptor blocker and 2. the observation of abnormal glutamatergic activity in schizophrenics' brains. The interaction between the dopaminergic and glutamatergic pathways at the striatal level allow us to understand the incidence of these two neurotransmitters in the fisiopathology of this illness. The glutamate hypothesis has also therapeutic implications because it gives support to the use of substances that improve the activity at the NMDA level. Clinical studies with substances like glycine and d-cycloserine showed certain encouraging results and provided new evidences that support the model.

Key Words: Schizophrenia – glutamate – glutamate hypothesis

L'HYPOTHESE GLUTAMATERGIQUE. UNE NOUVELLE EXPLICATION BIOCHIMIQUE DE LA SCHIZOPHRÉNIE

Résumé

Depuis quelques années, un modèle biologique glutamatérgique de la schizophrénie, alternatif au dopaminérgique, a été postulé à partir des évidences suivantes: 1. L'induction, de symptômes positifs et négatifs similaires à ceux de la schizophrénie, par la drogue fenciclidina, "bloquant" non compétitif des récepteurs NMDA, et 2: l'observation de l'activité glutamatérgique anormale dans le cerveau des schizophréniques. L'interrelation des voies dopaminérgiques et glutamatérgiques au niveau du striatum permet de comprendre l'incidence de ces deux neurotransmetteurs dans la physiopathologie de cette maladie. L'hypothèse glutamatérgique a de plus, des implications thérapeutiques: elle suggère l'utilité de substances qui améliorent l'activité au niveau des récepteurs NMDA. Des essais cliniques avec des substances comme la glycine et la D-cycloserine ont donné des résultats encourageants pour le traitement des symptômes négatifs de la schizophrénie et ont produit des évidences qui renforcent ce modèle.

Mots Clé: Schizophrénie – Glutamato – Hypothèse glutamatérgique.

Eduardo A. Leiderman

Médico psiquiatra. Salguero 2533, 8° "4".
Tel.: 807-3688

El interrogante que plantea la patología esquizofrénica ha llevado a proponer distintas teorías que tratan de explicar la fisiopatología de esta enfermedad. La mayor comprensión de la constitución química y de la actividad de los neurotransmisores a nivel del sistema nervioso central ha llevado al desarrollo de distintas hipótesis bioquímicas de la esquizofrenia.

El primer modelo bioquímico de la esquizofrenia se desarrolló en 1954 cuando Wooley, Shaw y Gaddum propusieron la hipótesis serotoninérgica: ésta fue basada en los efectos psicoticomiméticos del LSD a quien se le atribuían efectos antagonistas en los receptores 5HT. Propusieron entonces que la actividad serotoninérgica estaría disminuida en la esquizofrenia. Uno de los mayores problemas de esta hipótesis es que el LSD induce principalmente alucinaciones visuales, que son más raras en la esquizofrenia, en la cual las alucinaciones auditivas son más frecuentes. Además durante la intoxicación con LSD las ideas delirantes, la desorganización conceptual y ciertos tipos de trastornos cogniti-

Tabla 1
Receptores Glutamatérgicos

• **Ionotrópicos**

NMDA (N-metil-D-Aspartato)

Kainato

Quiscalato o AMPA (Acido alfa-amino-3hidroxi -5 metil-4-isoxazol-propiónico)

• **Metabotrópicos**

ACPD (Acido trans-1aminociclopentano- 1,3 dicarboxílico)

vos característicos de la esquizofrenia están ausentes. Por otra parte se descubrió que el LSD es agonista parcial o total en algunos receptores 5HT, específicamente de los receptores 5HT_{2A-2C-6} y 7. Por último, la tolerancia a los efectos psicotomiméticos de la droga se desarrolla rápidamente, mientras que los síntomas esquizofrénicos perduran en el tiempo. Meltzer sugiere actualmente que debe haber una neurotransmisión serotoninérgica aumentada en la esquizofrenia que llevaría a una *down-regulation* de algunos receptores 5HT_{2A}.

La segunda hipótesis bioquímica que apareció fue la dopaminérgica. Si bien ya en 1963 Carlsson y Lindquist sugirieron que los anti-psicóticos bloqueaban los receptores dopaminérgicos, recién en años posteriores se postuló que el aumento de la función dopaminérgica caracterizaba a la esquizofrenia. Esta hipótesis fue basada primariamente en la correlación de la eficacia antipsicótica de los neurolepticos y su acción sobre los receptores dopaminérgicos, las alteraciones de la función dopaminérgica en los esquizofrénicos y la observación de la producción de síntomas psicóticos por drogas dopaminomiméticas tales como las anfetaminas. Sin embargo el hecho de que síntomas nucleares de la esquizofrenia tales como los síntomas negativos y los trastornos cognitivos no respondan bien a los bloqueantes dopaminérgicos ha hecho replantear el rol de la Dopamina en esta enfermedad y la hipótesis que avala su implicancia.

La incapacidad de los modelos previos de explicar toda la sintomatología esquizofrénica condujo a la

búsqueda de nuevas hipótesis explicativas. En 1980 Kim y colaboradores propusieron la hipótesis glutamatérgica.

La hipótesis glutamatérgica se basa principalmente en dos hallazgos:

- la semejanza con la esquizofrenia del cuadro clínico provocado por bloqueantes de la neurotransmisión glutamatérgica como el PCP, y

- la observación de actividad glutamatérgica anormal en el cerebro de esquizofrénicos.

El glutamato es el aminoácido más abundante del cerebro y su neurotransmisor excitatorio más importante. Su localización está muy generalizada a diferencia de los otros neurotransmisores que están en cantidades pequeñas en lugares cerebrales específicos. Casi todas las neuronas piramidales de la corteza son glutamatérgicas (éstas representan el 60-80% de todas las neuronas de la corteza y son su principal salida). Muchos órganos sensoriales usan el Glutamato como principal neurotransmisor: la cóclea, el bulbo olfatorio y la retina. También las fibras talamocorticales son glutamatérgicas así como la mayoría de las aferencias y eferencias del hipocampo. El sistema glutamatérgico es responsable entonces de la mayor parte de la información organizada que sale del cerebro. Se postula que el rol de los otros neurotransmisores sería el de modular y regular las conexiones glutamatérgicas.

El *pool* del glutamato que se usa para la neurotransmisión es distinto que el que se usa para el metabolismo. El de la neurotransmisión se sintetiza de la glutamina a través de la glutaminasa fosfato dependiente.

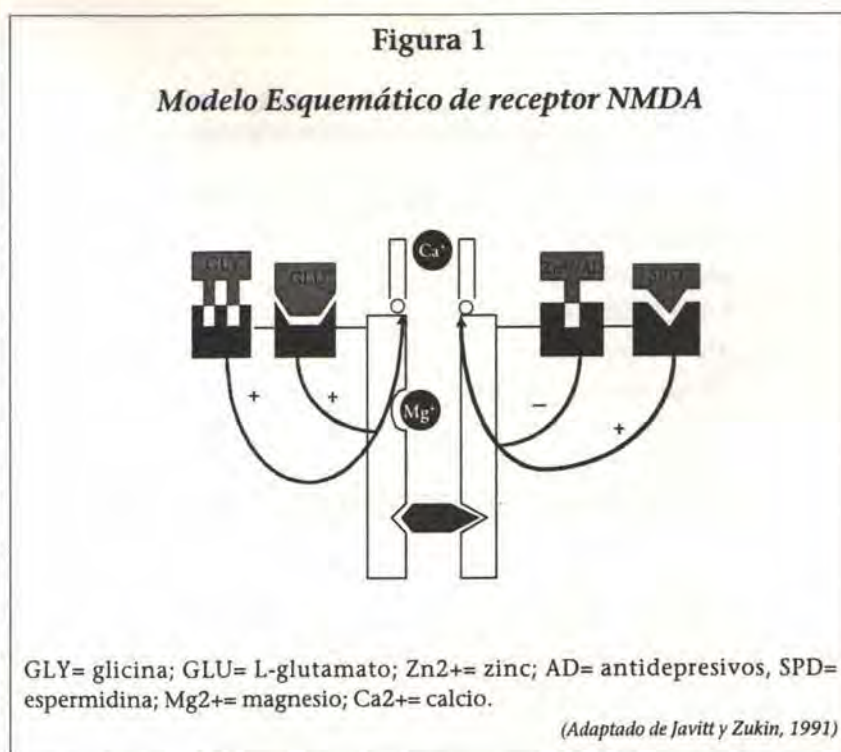
Esta enzima es inhibida por el amonio (permitiendo explicar los fenómenos en la neurotransmisión que ocurren durante la encefalopatía hepática) y el glutamato; por otra parte es estimulada por la entrada de Ca⁺⁺ en la neurona. Después de la liberación presináptica el glutamato es removido del espacio por bombas Na-dependientes en las terminales nerviosas y la glía (astrocitos). Allí es aminado por la glutamina sintetasa, hecho que no ocurre en los terminales nerviosos. La glutamina se difunde al espacio extracelular donde es captada por terminales glutamatérgicos y reconvertida al glutamato.

El glutamato se convierte en GABA por acción de la glutámico ácido decarboxilasa, siendo interesante el hecho de que sólo un paso metabólico diferencia al neurotransmisor excitatorio más importante del cerebro de su neurotransmisor inhibitorio más importante.

El nombre de los receptores glutamatérgicos deriva de la activación preferencial por los derivados glutamatérgicos prototípicos sintéticos. Se han reconocido fundamentalmente 4 receptores glutamatérgicos: tres son ionotrópicos (es decir que están ligados a canales iónicos) y uno es metabotrópico ya que actúa a través de un sistema de 2do mensajero induciendo la formación de IP₃ e inhibiendo a la adenilato ciclasa, produciendo disminución del AMPc.

Dentro de los receptores ionotrópicos se pueden distinguir 2 grandes grupos: los receptores NMDA y los no NMDA (Kainato y Quiscalato o AMPA) (Tabla 1). Los receptores no NMDA producen al activarse la apertura de canales de Na⁺ y una despolarización rápida que se puede contar en centésimas o decenas de segundos. Los receptores NMDA en cambio producen despolarizaciones más prolongadas (de 0.5 seg). Para producirse la apertura del canal de Ca⁺⁺ asociados al receptor NMDA necesitan no sólo la liberación presináptica del glutamato sino también la despolarización de la neurona postsináptica. Mientras el potencial es de reposo los canales se encuentran bloqueados por el Mg⁺⁺ y no puede haber flujo de iones ni aún en presencia del agonista. Esta propiedad de apertura de los canales permite amplificar las respuestas sinápticas mediadas por los receptores no NMDA que exceden un vol-

taje crítico. Los receptores NMDA están colocalizados con los receptores AMPA. Los receptores NMDA cumplirían por lo tanto con el requerimiento de Hebb para el aprendizaje asociativo a través del cual sería necesario un proceso de fortalecimiento de las conexiones sinápticas necesitando tanto una información proveniente de la neurona presináptica (liberación glutamatérgica) como de la postsináptica (despolarización). La actividad de los receptores NMDA gatilla la potenciación a largo plazo (*long term potentiation*) que está postulada como la base molecular para la formación de la memoria, el aprendizaje y la plasticidad conductual. Los receptores NMDA (Fig. 1) necesitan de 2 moléculas de glutamato para la activación del canal junto con la unión a glicina o a un aminoácido similar (D-serina). La glicina aumenta la frecuencia de apertura del canal asociado al receptor NMDA en una manera no sensible a la estricnina, produciendo una regulación alostérica del complejo receptor NMDA. El aumento de la respuesta del receptor NMDA a la glicina es mucho mayor que la respuesta del GABA a las benzodiazepinas. Hay un sitio adicional donde las poliaminas como la espermina o la espermidina aumentan la activación del agonista. Existe una modulación negativa inducida por Zn^{2+} o por Antidepresivos en concentraciones mayores a las usadas para el tratamiento antidepresivo. Otros dos sitios están localizados en el mismo canal: el que media las capacidades bloqueantes del ion Mg^{2+} y el receptor PCP. El canal abierto permite entrar a las moléculas como el PCP. Una vez que entran éstas quedan atrapadas en el interior del canal y su potencia entonces será inversa a la rapidez con que salen del canal. El PCP en concentraciones bajas disminuye la frecuencia de apertura del canal; en concentraciones mayores también al tiempo de apertura. En la década de los '80 se dijo haber aislado un pequeño polipéptido que sería una sustancia endógena semejante al PCP; sin embargo, esto nunca pudo ser replicado. La activación del receptor NMDA tiene un rol principal en la excito-toxicidad que está involucrada en la hipoxia, isquemia, convulsiones y traumas cerebrales. Participaría posiblemente en la fisiopatología de enfermedades neu-



rodegenerativas tales como la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Huntington y la Esclerosis lateral Amiotrófica. También es fundamental su papel en el neurodesarrollo como guía para la migración neuronal, la formación de dendritas y la eliminación de sinapsis. Los receptores NMDA son hallados en alta densidad en zonas cerebrales implicadas en la patofisiología de la esquizofrenia, principalmente el hipocampo y la corteza frontal.

Como vimos en el párrafo anterior el PCP o fenciclidina es un bloqueante de la neurotransmisión glutamatérgica mediada por los receptores NMDA.

El PCP se comenzó a usar como anestésico en 1950, formando parte del grupo de los anestésicos disociativos ya que producía una disociación del sujeto respecto del mundo exterior. En 1965 su uso clínico dejó de ser legal en USA, aunque continuó siendo usado como anestésico en veterinaria. Por esa época su uso ilícito comenzó a expandirse, siendo mayor a fines de la década de los '70. En ocasiones se usa como adulterante de las anfetaminas o como sustituto del LSD. Habitualmente se fuma como tabaco o marihuana pero se puede consumir también por vía oral, intranasal o IV. Actualmente el PCP es la droga utilizada por el 3% de todos los adictos que se presentan en

guardias hospitalarias en EE.UU. Los síntomas de la psicosis con PCP en sujetos normales duran de 1 a 30 días, con un promedio de 4 días.

En dosis subanestésicas produce en sujetos normales reacciones psicóticas con trastornos de pensamiento y trastornos cognitivos que duran horas, en esquizofrénicos crónicos produce una exacerbación de síntomas con un aumento de síntomas positivos y anormalidades cognitivas y perceptuales. Los sujetos esquizofrénicos crónicos no tienen aumento de síntomas con anfetaminas y pueden incluso mejorar. De un 20 a un 25% de los individuos expuestos al PCP tienen reacciones psicóticas mientras que sólo del 0% al 19% de los individuos expuestos a las anfetaminas las presentan. Los efectos psicóticos en las intoxicaciones son más frecuentes en personas de 15 a 20 años que en los de 25 a 30, sugiriendo que hay edades de mayor riesgo.

Se cree actualmente que el modelo de psicosis producido por el PCP sería más semejante a la esquizofrenia que aquel producido por las anfetaminas.

En sujetos no esquizofrénicos las anfetaminas inducen síntomas positivos como hostilidad, alucinaciones e ideas delirantes, pero no otros síntomas nucleares como disgregación del pensamiento, asociaciones bizarras, concretización,

Tabla 2

Modelos de Esquizofrenia
Comparación de las psicosis anfetamínica y por PCP

Modelos	Anfetamínico	PCP
Alucinaciones	+	+
Ideas Delirantes	+	+
T. del Pensamiento	0	+
Afecto Aplanado	0	+
Alt. en la Imagen Corp.	0	+
Déficits Cognitivos	0	+
Apatía	0	+
Modelo Clásico	M. Schneideriano	M. Bleuleriano

perdida de límites del yo, afecto aplanado y apatía como lo hace el PCP. Las anfetaminas producirían un cuadro clínico semejante al modelo clásico de Schneider mientras que el producido por el PCP sigue más el modelo de Bleuler (Tabla 2).

El PCP produce los síntomas esquizofrénico-símiles a través del bloqueo de los canales asociados a los receptores NMDA.

En ratas el PCP induce conductas estereotipadas que semejan a las producidas por dopaminomiméticos. En dosis 10 veces mayores a las necesarias para unirse al receptor glutamatérgico, el PCP inhibe el *reuptake* de Dopamina. Se propuso entonces que este último sería el mecanismo de acción; sin embargo drogas como el MK801 que se unen al receptor PCP pero no al sitio de recaptación de Dopamina reproducen estas conductas, no así los derivados PCP que no se unen al receptor PCP. Además se pueden inducir en ratas deplecionadas de monoaminas.

El PCP también se une a los receptores sigma pero en una potencia de 1/10 de la actividad en el receptor PCP. Esto es importante ya que el haloperidol también se une a este receptor y los benzomorfanos que son agonistas como la pentazocina y la ciclazocina producen alucinaciones, sin embargo cuando se usó esta última se vieron trastornos psicóticos con la forma levógira (agonista de los receptores kappa) y no con la dextrógira (agonista sigma). En los estudios de discriminación los animales son entrenados para responder diferencialmente a la inyección periférica de una droga o placebo. Una vez que el animal

ha aprendido a reconocer la droga de referencia a través de una clave subjetiva se prueban nuevas drogas para determinar si inducen respuestas apropiadas semejantes. En estos estudios hay reconocimiento cruzado entre el PCP y antagonistas competitivos y no competitivos de los receptores NMDA, mientras que el reconocimiento es muy incompleto entre los ligandos sigma.

La ketamina, un anestésico utilizado en la actualidad también es un bloqueante del canal asociado al receptor NMDA. En bajas dosis se ha observado que induce síntomas negativos y disturbios cognitivos en sujetos normales. Al ser administrado a esquizofrénicos crónicos produce una exacerbación de síntomas de la fase aguda. Es interesante que

la edad en que las personas se vuelven susceptibles a la psicosis inducida por la ketamina es semejante a la edad de comienzo de la esquizofrenia. En resumen, un bloqueante de la neurotransmisión glutamatérgica mediada por los receptores NMDA induciría síntomas semejantes a los que acontecen en la esquizofrenia.

La segunda línea de evidencia de la hipótesis glutamatérgica de la esquizofrenia es más cuestionable (Tabla 3). En 1980, Kim y col. encontraron una disminución del 50% en el Glutamato del LCR de 20 pacientes esquizofrénicos comparados con 40 controles. Aunque no está claro si era el *pool* de neurotransmisión del Glutamato que estaba afectado o el *pool* metabólico, y aunque este estudio no pudo ser replicado sirvió para postular la hipótesis glutamatérgica. En este estudio no había diferencias entre los pacientes medicados y los no medicados(4), en otro estudio sin embargo se halló un aumento de glutamato en LCR en pac. tratados con neurólpticos, pero ningún cambio en los no tratados comparados con controles. En estudios postmortem de cerebros de esquizofrénicos se encontró un aumento del *binding* en receptores glutamatérgicos: aumento de *binding* de [3H] Kainato en corteza prefrontal, aumento de sitios receptores [3H] MK-801 en corteza frontal, entorrinal, amígdala e hipocampo siendo significativo en putamen; aumento de receptores NMDA en la corteza frontal orbi-

Tabla 3

Actividad Glutamatérgica anormal en la Esquizofrenia

Kim y col.	1980	Disminución de Glutamato en LCR de esquizofrénicos medicados y no medicados.
Nishikawa y col.	1983	Aumento de <i>Binding</i> de [3H]Kainato en corteza prefrontal.
Deakin y col.	1989	Aumento de <i>Binding</i> de [3H] Kainato en corteza frontal orbital
Kornhuber y col.	1989	Aumento significativo de Sitios Receptores [3H]MK-801 en putamen
Simpson y col.	1989	Aumento de Receptores NMDA en la corteza frontal orbital en esquizofrénicos
Ishimaru et al.	1994	Aumento de sitios de <i>Binding</i> a Glicina en corteza cerebral

tal en esquizofrénicos y por último, aumento de sitios *binding* a Glicina en distintas áreas del cerebro (área premotora, somestética, corteza angular, supramarginal, y áreas visuales (1, 2 y 3). La proliferación de receptores glutamatérgicos podría deberse a una supersensibilidad glutamatérgica en respuesta a una disminución de la actividad glutamatérgica en la sinapsis.

Interrelaciones glutamato/dopamina a nivel del estriado

El estriado es un sitio de interacción entre la Dopamina y el Glutamato. Dos *inputs* importantes del estriado son las vías Dopaminérgicas nigroestriadas y las vías Glutamátérgicas corticoestriadas. La hiperactividad locomotora inducida por la inyección sistémica de MK-801 (un bloqueante de la neurotransmisión mediada por los receptores NMDA) es similar a la producida por agonistas dopaminérgicos. Esta hiperactividad es producida aún en animales que han sido deplecionados de monoaminas a través de reserpina y alfa-metilparatiroxina lo que permite suponer que no es mediada por la dopamina. La catalepsia inducida por el haloperidol es potenciada por el NMDA y antagonizada por antagonistas del receptor NMDA (como el MK-801). Es decir que la Dopamina y el glutamato tienen efectos antagónicos sobre el comportamiento: mientras el glutamato disminuye la locomoción, la Dopamina la aumenta. Estudios en ratas han de-

Waziri (1988)	11	5-25g/d glicina + NLT	Abierto 9 meses	36% tuvo mejoría
Costa (1989)	6	15 g/d glicina + NLT	Abierto 5 semanas	33% disminuyó su score de BPRS en más del 30%
Potkin (1992)	18	15g/dglicina + NLT	D. Ciego 6 semanas	18% de los pacientes disminuyó su score de BPRS en + del 30%
Javitt (1994)	14	0.4 g/kg/d glicina + NLT	D. Ciego 8 semanas	Disminución del 15% de los síntomas negativos
Goff (1995)	9	5-250mg/d cicloserina+ NLT	D. Ciego 10 semanas	Disminución del 21% de los síntomas negativos c/dosis de 50 mg/d

mostrado que la liberación de Dopamina a nivel del estriado está bajo control glutamatérgico. El glutamato produciría un aumento de la liberación de Dopamina actuando a nivel de receptores NMDA presinápticos de las terminaciones nigroestriadas, aunque por otra parte el glutamato, al estimular a neuronas gabaérgicas que inhiben a la vía nigroestriada, produciría un freno sobre ésta. Esto podría entonces explicar una hiperdopaminergia secundaria a una hipofunción glutamatérgica. La Dopamina a su vez, produciría una inhibición de la liberación de Glutamato a través de receptores D2.

Habría dos vías de salida del estriado al tálamo:

1. a través de la sustancia nigra pars reticulata y el g. pallidum interno que a su vez inervan al tálamo formando la vía directa, y
2. a través del g. pallidum externo, que se proyecta al núcleo subtalámico, y de allí a la sust. nigra pars reticulata y el tálamo.

mo. Estas dos vías tienen una acción opuesta a nivel del tálamo y finalmente a nivel cortical. Mientras que la vía directa finalmente termina estimulando al tálamo, la vía indirecta lo inhibe. El glutamato actuaría estimulando ambas vías gabaérgicas, mientras que la Dopamina estimularía la vía directa (de excitación) a través de los receptores D₁ e inhibiría la vía indirecta (de inhibición) a través de los receptores D₂. Una hipofunción glutamatérgica entonces induciría una desinhibición del tálamo como así también lo haría una hiperdopaminergia.

Si pensamos al tálamo como un filtro, su activación produciría un aumento de la afluencia de información a la corteza, mientras que su inhibición una disminución. El aumento de información indiscriminada junto con un procesamiento deficitario de la información recibida a nivel cortical podría explicar síntomas positivos así como también alteraciones cognitivas observadas en la esquizofrenia.

Implicaciones terapéuticas de esta hipótesis

Una hipótesis fisiopatológica sobre la esquizofrenia no sólo debe servir para satisfacer la sed de conocimientos de los científicos sino que debe también brindar nuevas vías terapéuticas para el tratamiento. La hipótesis glutamatérgica per-



CENTRO PSICOPATOLOGICO ARANGUREN s. r. l.

CASA DE MEDIO CAMINO Y HOSTAL

Rehabilitación de enfermos mentales moderados y graves en una residencia de puertas abiertas

Una opción novedosa y diferente

Solicitar entrevista de admisión sin cargo
al 431-6396

mite suponer al receptor NMDA como un buen blanco de intervenciones farmacológicas para sobreponerse a la hipofunción glutamatergica. Dado que el glutamato es neurotóxico y no selectivo para los receptores NMDA no puede utilizarse como agente terapéutico. Una manera de facilitar la activación del receptor NMDA es a través de la glicina o a través de sustancias que actúen en su sitio del complejo receptor. La glicina se ingiere diariamente en la dieta en un promedio de 2.1 g/d. La dosis oral de glicina necesaria para que pase la barrera hematoencefálica debe ser alta debido a que se difunde de manera pasiva a través de ella. Varios estudios utilizando glicina se han hecho hasta la fecha con diversos resultados (Tabla 4):

El primero publicado fue el estudio abierto realizado por Waziri quien administró altas dosis (de 5 a 25 g/d de glicina) junto con los neurolépticos mejorando el 36% de los pacientes (4 de 11). Los pacientes eran esquizofrénicos crónicos y en su mayoría refractarios a la medicación. Costa y col. adminis-

traron 15g/d junto con neurolépticos viendo una disminución de más del 30% en el score de BPRS en el 33% de los pacientes (2 de 6). Potkin también observó en un estudio de doble ciego realizado en 18 sujetos medicados con neurolépticos (11 tratados con glicina y 7 con placebo) la misma mejoría anterior pero sólo en el 18% de los pacientes.

Javitt y col. observaron una disminución del 15% de los síntomas negativos en un estudio doble ciego hecho con 14 sujetos medicados con neurolépticos (7 medicados con glicina y 7 con placebo) utilizando una dosis de 0.4 g/kg/d. No se hallaron cambios en el nivel cerebral de neurolépticos como para creer que el efecto de la glicina fuera debido a un aumento de los mismos. La falta de cambios en los scores de efectos adversos extrapiramidales indica que la mejoría en los síntomas negativos no se debió a una reducción de síntomas extrapiramidales. Un estudio realizado con D-cicloserina, un agonista parcial (60%) del sitio de glicina, demostró que los pacientes tratados con esta

sustancia en una dosis de 50 mg/d junto con neurolépticos convencionales tenían una mejoría del 21% de sus síntomas negativos.

Conclusiones

En resumen estos datos aunque bastante preliminares nos permiten suponer que habría un grupo de pacientes que podrían beneficiarse de la adición de glicina o un agonista a su plan de antipsicóticos. Se necesitarán más estudios para poder distinguir la subpoblación de pacientes susceptibles de mejoría con estas sustancias.

Finalmente, la consideración de nuevas hipótesis bioquímicas no implica desechar anteriores modelos, sino integrarlos. De esta manera la hipótesis glutamatergica nos permitiría sobrepasar algunas limitaciones de modelos bioquímicos anteriores, ampliar nuestro conocimiento acerca de la fisiopatología de la esquizofrenia y proveer nuevos caminos terapéuticos psicofarmacológicos para el tratamiento de esta enfermedad ■

Referencias bibliográficas

- Bunney B. G. y col., *Schizophrenia and Glutamate. Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*. New York. Editado por Bloom y Kupfer. Raven Press, Ltd. 1995.
- Carlsson M, Carlsson A., Interactions between and monoaminergic systems within the basal ganglia-implications for schizophrenia and Parkinson's disease. *Trends in Neurosciences* 1990, 13(7):272-6.
- Carlsson M, Carlsson A., Schizophrenia: A Subcortical Neurotransmitter Imbalance Syndrome? *Schizophrenia Bulletin* 1990, Vol. 16, N° 3: 425-431.
- Cooper J., Bloom F. y Roth R., *Amino Acid Transmitters. The Biochemical Basis of Neuropharmacology*. New York. 6ta Edición. Oxford University Press 1991.
- Costa J. y col., An open trial of glycine as an adjunct to neuroleptics in chronic treatment-refractory schizophrenics. *J. Clin. Psychopharmacol* 1990; 10:71-72.
- Deakin J. F. W. y col., Frontal Cortical and left Temporal Glutamatergic Dysfunction in Schizophrenia. *Journal of Neurochemistry* 1989. Vol 52:1781-1786.
- Deutsch S. y col., A "Glutamatergic Hypothesis" of Schizophrenia. *Clin. Neuropharmacol.* 1989, Vol. 12, N° 1:1-13.
- Goff D. C. y col., Dose-Finding Trial of d-Cycloserine Added to Neuroleptics for Negative Symptoms in Schizophrenia. *Am. J. Psychiatry* 1995; 152: 1213-1215.
- Gorelick D. A., Balster R. L., *Phencyclidine (PCP). Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*, New York. Editado por Bloom y Kupfer. Raven Press, Ltd., 1995.
- Ishimaru M. y col., Increases in Strychnine-Insensitive Glycine Binding Sites in Cerebral Cortex of Chronic Schizophrenics: Evidence for Glutamate Hypothesis. *Biol. Psychiatry* 1994; 35: 84-95.
- Javitt D. C. y col., Amelioration of Negative Symptoms in Schizophrenia by Glycine. *Am. J. Psychiatry* 1994; 151: 1234-1236.
- Javitt D. C., Zukin S. R., Recent Advances in the Phencyclidine Model of Schizophrenia. *Am. J. Psychiatry* 1991; 148: 1301-1308.
- Javitt D. C., Zukin S. R., The Role of Excitatory Amino Acids in Neuropsychiatric Illness. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 1990; 2:44-52.
- Javitt D. C., Zukin S. R., *Amino Acid Neurotransmitters. Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore. 6ta Edición. Editado por Kaplan y Sadock. Williams & Wilkins 1995.
- Kim J. S. y col., Low cerebrospinal fluid glutamate in schizophrenic patients and a new hypothesis on schizophrenia. *Neuroscience Letters*. 1980, 20(3): 379-82.
- Krebs M. O., Hypothese glutamatergique de la schizophrénie: des psychosis induites par la phencyclidine au déséquilibre cortico-sous-cortical. *L'Encéphale*, 1995; XXI: 581-8.
- Olney J. W., *Glutamatergic Mechanisms in Neuropsychiatry. Novel antipsychotic drugs*. New York. Editado por Meltzer H. Y., Raven Press; 1992:155-169.
- Potkin S. y col., *Glycine in the treatment of Schizophrenia: theory and preliminary results. Novel antipsychotic drugs*. New York. Editado por Meltzer H. Y., Raven Press; 1992:179-188.
- Roth B. L., Meltzer H. Y., *The Role of Serotonin in Schizophrenia. Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*. New York. Editado por Bloom y Kupfer. Raven Press, Ltd., 1995.
- Ulas J., Cotman C., Excitatory Amino Acid Receptors in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1993, Vol. 19, N° 1:105-116
- Wachtel H., Turski L., Glutamate: a new target in schizophrenia. *Trends Pharmacol. Sci.* 1990 Jun; 11(6): 219-220.
- Waziri R., Glycine therapy of Schizophrenia. *Biol. Psychiatry* 1988; 23:210.

Interés y límites del enfoque criteriológico y escalar en la investigación clínica en psiquiatría

J. D. Guelfi

Prof. de psiquiatría. Clinique des maladies mentales et de l'encephale (Serv. du Prof. Samuel-Lajeunesse), 100, rue de la Santé, 75674, Paris, Cedex 14.

L. Waintraub

Psiquiatra. Praticien hospitalier. Clinique des maladies mentales et de l'encephale (Serv. du Prof. Samuel-Lajeunesse).

Introducción

Las escalas de evaluación y los criterios diagnósticos no son a priori más que listas de síntomas, de trazos, de datos psico-patológicos. Dichas listas, aplicadas a grupos de sujetos sanos y enfermos, se vuelven instrumentos de medición si cuentan con ciertas propiedades denominadas cualidades metrológicas, principalmente la sensibilidad, la fidelidad y la validez. Si estas cualidades metrológicas están ausentes, las listas de síntomas no presentan ningún interés. Por el contrario, las cualidades metrológicas particulares comprobadas en una escala o en un sistema de criterios, sí definen la utilidad propia a esta escala o a este sistema de criterios, en su extensión y límites. Nos gustaría, a tra-

vés de algunos interrogantes suscitados por la fidelidad y la validez de los instrumentos de medición, explicitar esta afirmación, antes de dar algunos ejemplos tomados de trabajos de investigación clínica(20, 21).

Cualidades metrológicas de las escalas de evaluación

La Fidelidad

Notemos para comenzar que según el objetivo del instrumento pueden variar las cualidades requeridas, e incluso oponerse. Así como la fidelidad *test-retest*, es decir la estabilidad del resultado de una evaluación en el tiempo, es necesaria para un instrumento de objetivo diagnóstico, así también podría impedir la utilización de este instrumento si se lo destina a medir un cambio, espontáneo o bien bajo tratamiento.

Algo totalmente distinto es la coherencia interna de una escala, que expresa su homogeneidad, o sea, una correlación elevada de los ítems entre ellos y de éstos para con el resultado global. El significado y el uso posible de este resultado global dependen estrechamente del grado de coherencia interna: la suma de las notas de ítems heterogéneos no tiene sentido. Sin embargo, otras herramientas, por ejemplo en el campo de la psicopatología general, no se supone que pretendan tener una homogeneidad inherente a la medición de una única dimensión.

Estudiada más a menudo que los dos tipos precedentes, la fidelidad inter-jueces es la primera de las cualidades requeridas por los sistemas de criterios diagnósticos. Para mejorar la fidelidad inter-jueces del diagnóstico psiquiátrico, primero en el marco de la investigación clínica con los criterios de Feighner en 1972 en los Estados Unidos, el sistema de los criterios diagnósticos quiso objetivar los procedimientos utilizados en el diagnóstico, a saber, el reagrupamiento

Resumen

Durante las últimas décadas se han realizado progresos en materia de diagnóstico psiquiátrico en lo que concierne a la fidelidad interjueces y a la modalidad de compilación de los datos clínicos. Los acuerdos diagnósticos se han mejorado mediante el empleo de criterios, pero continúan siendo muy variables de un diagnóstico a otro. No hay posibilidad de verdaderos progresos en la validez de la nosografía psiquiátrica sin la aplicación combinada de criterios sobre la evolución natural de los trastornos, su reactividad terapéutica, su dimensión psicodinámica y sus correlaciones genéticas y biológicas.

Palabras Clave: Criterios - Nosografía - Escalas en psiquiatría.

INTEREST AND LIMITES OF THE CRITERIOLOGICAL AND SCALAR APPROACH IN CLINICAL RESEARCH IN PSYCHIATRY

Summary

During the last decades progress has been made in psychiatric diagnosis concerning interjudge reliability as well as the way of compilation of clinical data. Diagnostic concordances have been improved by the use of criteria, nevertheless they keep on being very variable from one diagnosis to another. There will not be any possibility of true progress in the validation of psychiatric nosography without the combined application of criteria about the natural evolution of disorders, their therapeutic reactivity, their psychodynamic dimension and their genetic and biological correlations.

Key Words: Criteria - Nosography - Scales in Psychiatry

INTÉRÊT ET LIMITES DE L'APPROCHE CRITÉRIOLOGIQUE DANS LA RECHERCHE CLINIQUE EN PSYCHIATRIE

Pendant les dernières décennies des progrès ont été fait en matière de diagnostic psychiatrique en ce qui concerne la fidélité interjueces et la modalité de compilation des données cliniques. Les concordances diagnostiques sont améliorées par l'emploi de critères, mais toutefois elles continuent à être très variables d'un diagnostic à un autre. Il n'y aura pas de possibilité de véritables progrès de la validité de la nosographie psychiatrique sans l'applications combinée de critères sur l'évolution naturelle des troubles, leur réactivité thérapeutique, leur dimension psychodynamique et leurs corrélations génétiques et biologiques.

Mots Clé: Critères - Nosographie - Echelles en psychiatrie.

Cuadro I

Factor 1 del análisis en componentes principales de la escala de depresión de Hamilton (sin rotación)
Fleck M. P. A., Bourdel M. C., Guelfi J. D., Poirier-Littre M. F., Lôo H.(8)

	Factor 1
1 Humor depresivo	0,71*
2 Culpabilidad	0,33*
3 Suicidio	0,20
4 Insomnio al comenzar la noche	0,53*
5 Insomnio en medio de la noche	0,62*
6 Insomnio matutino	0,53*
7 Trabajo y actividades	0,53*
8 Lentitud	0,69*
9 Agitación	0,54*
10 Ansiedad psíquica	0,60*
11 Ansiedad somática	0,57*
12 Síntomas somáticos G intestinales	0,42*
13 Síntomas somáticos generales	0,52*
14 Síntomas genitales	0,25
15 Hipocondría	0,23
16 Pérdida de peso	0,52*
17 Toma de conciencia	-0,11

* Coeficientes de saturación >0,3

de los criterios de inclusión (diagnóstico positivo) y de criterios de exclusión (diagnóstico diferencial), conforme al modelo médico del diagnóstico inferencial. El deseo de estandarizar el registro mismo de las variables pertinentes originó las discusiones estructuradas. Los autores de todos los sistemas de criterios, especialmente del DSM-III, han retenido la opción que consiste en privilegiar la fidelidad inter-jueces. Dicha opción implica que se seleccione entre los datos psico-patológicos pertinentes, los más objetivos y los más simples, pues son susceptibles de una compilación mas unánime. El riesgo es retener sólo las variables más groseras, lo que a su vez compromete la validez del sistema. Aquí aparece cierta antinomia entre la mejor fidelidad inter-jueces y la mejor validez. Así y todo, la obtención de una fidelidad inter-jueces suficiente es, sobre todo para los autores del DSM-III, un requisito indispensable para los estudios de validación.

La Validez

Si es verdad que se pueden aplicar a las escalas de evaluación los diferentes tipos de validez y sus métodos de demostración de escritos a propósito de los tests mentales de la psicología diferencial, no ocurre lo mismo con los criterios diagnósticos. El problema de su validez queda en parte sin resolverse. Lesur y Feline(14), utilizadores de estos sistemas, se contentan en general con la "validez de faz o de consenso", considerada adquirida en la medida en que reposa sobre el juicio de expertos que disponen de los conocimientos actuales, o bien, con la validez concurrente, es decir, que la escala da el mismo resultado que una prueba ya reconocida, como otro instrumento de evaluación, un diagnóstico de expertos, un examen complementario.

Pero en general no se ha probado la validez predictiva o la validez de construcción. La primera se evalúa por comparación con un criterio llamado externo, que puede ser ya una evolución espontánea, ya el resultado de un tratamiento. Entre los procedimientos de validación interna respecto de -por definición- un criterio intrínseco, la búsqueda de una estructura interna al instrumento recurre al análisis factorial, que consiste en confrontar factores mate-

Cuadro II

Análisis en componentes principales de la escala de depresión de Hamilton-17
 (luego de rotación Varimax sobre 3 factores)
Fleck M. P. A., Bourdel M. C., Guelfi J. D., Poirier-Littre M. F., Lôo H.(8)

	Factores (% de variación)		
	1 25%	2 13%	3 9%
7 Trabajo y actividades	0,76*		
1 Humor depresivo	0,75*		
13 Síntomas somáticos generales	0,70*		
8 Lentitud	0,70*		
2 Culpabilidad	0,33*		
15 Hipocondría		0,75*	-0,35
10 Ansiedad psíquica		0,73	0,25
11 Ansiedad somática	0,71*		
9 Agitación		0,69*	
16 Pérdida de peso		0,53*	
6 Insomnio matutino			0,75*
5 Insomnio en medio de la noche			0,74*
4 Insomnio al comenzar la noche			0,73*
3 Suicidio	0,29		
14 Síntomas genitales	0,48		
12 Síntomas gastro intestinales		0,44	
17 Toma de conciencia			

* Coeficiente de saturación >0,5
 Los coeficientes <0,25 han sido suprimidos

máticos con entidades clínicas. La estabilidad de la estructura factorial, o sea, la posibilidad de encontrarla en una población comparable pero distinta, constituye un argumento importante de validez interna.

Los autores de un instrumento de medición, al concebirlo, formulan de manera implícita o explícita, una hipótesis. Verificar que los resultados de la aplicación del instrumento se hallan en conformidad con esta hipótesis inicial es una operación llamada de validez de construcción.

El ejemplo de la escala de depresión de Hamilton

La escala de depresión de Hamilton es siempre el objeto de controversias respecto de sus cualidades metrológicas. ¿Su resultado total representa acaso un índice de severidad global de la depresión, como lo proponía su autor, lo que atañe a la vez a la validez externa y a la coherencia interna? ¿Su estructura factorial –si se llega a identificarla– es estable, o bien tal como nuestros anteriores trabajos que utilizan una forma experimental extendida de la escala lo habían probado aquí mismo hace doce años, es inestable? (7, 10, 11) Un reciente trabajo con la versión standard de 17 ítems (8), realizado en 60 deprimidos internados, consistió en llevar a cabo un nuevo análisis en componentes principales de datos.

Para determinar el número de factores a retener, utilizamos sucesivamente dos métodos: el de Kaiser, que retiene valores propios superiores a 1 para designar la pertenencia a un factor o el método de simulaciones (16) que concluye generalmente con la individualización de un número inferior de factores.

Antes de la rotación, 13 de 17 ítems muestran una pertenencia suficiente a un primer factor. El criterio de Kaiser nos conduce a una solución de seis factores (67% de la variación) de los que sólo los 3 primeros parecen tener una coherencia clínica suficiente. El método de las simulaciones nos conduce a retener sólo 3 factores. Y la constitución de los mismos hace evocar: el núcleo depresivo para el factor 1, la ansiedad para el factor 2, y los trastornos del sueño para el factor 3.

Los cinco ítems de nuestro factor 1 figuran también en el núcleo depresivo unidimensional aislado por

Cuadro III "Escala de depresión de Newcastle"		
Resultado total ≤ 5: neurótico		
Resultado total ≥ 6: endógeno		
1	Personalidad adaptada	+ 1
2	Ausencia de psicogénesis suficiente	+ 2
3	Cualidad específica de la depresión	+ 1
4	Pérdida de peso	+ 2
5	Episodio anterior	+ 1
6	Lentitud psicomotora	+ 2
7	Ansiedad	- 1
8	Delirio de negación	+ 2
9	Tendencia a reprochar su enfermedad a otros	- 1
10	Sentimiento (o ideas delirantes) de culpabilidad	+ 1

Bech(3) con un método matemático distinto al análisis factorial, el análisis del trazo latente según el modelo de probabilidad de Rash (éste comprende además la ansiedad psíquica).

Si entonces pueden persistir dudas sobre el sentido que hay que dar a la nota total de esta escala, al menos se puede pensar que la que reúne estas 5 manifestaciones clínicas sí representa el núcleo depresivo en forma de una dimensión única.

Cualidades metrológicas de los criterios diagnósticos

Antes de evocar otros ejemplos relativos al problema de los diagnósticos categoriales, quisiéramos mencionar ciertas cuestiones específicas suscitadas por los sistemas de los criterios diagnósticos. La experiencia muestra que la fidelidad y la validez de estos sistemas dependen estrechamente del equilibrio existente entre dos variedades bien distintas de criterios diagnósticos, a saber, los criterios monotéticos y los criterios politéticos.

Los criterios monotéticos son aquéllos indispensables para el diagnóstico. Atañen principalmente a la duración, la frecuencia y la edad de aparición de los trastornos. A veces son jerárquicos, ya que ciertos diagnósticos tienen una prioridad sobre los otros (mucho menos en el DSM-III-R que en el DSM-III, lo que vuelve a los estudios de co-morbidez realizables, e incluso invasores).

Los criterios politéticos atañen en general a unidades de medición de una dimensión. El criterio se define entonces por la presencia mí-

nima de cierto número de manifestaciones en el seno de una lista pre-establecida, por ej. "4 de cada 8 de las manifestaciones siguientes deben estar presentes...". La validez de un sistema así supone que estas manifestaciones sean transferibles, que cada síntoma pueda ser reemplazado por cualquier otro y que la hipótesis del *scaling* sea bien verificada, por ej., es sin duda la cifra 4/8 la que permite discriminar lo mejor posible el diagnóstico encarado de los otros diagnósticos y de la ausencia del mismo. Existen pocos estudios empíricos que hayan aportado justificaciones reales a los umbrales elegidos. Sin embargo, los estudios sobre el terreno deben aportar elementos de respuesta a estos interrogantes.

La utilización preferencial de criterios monotéticos simples garantiza evidentemente una fidelidad inter-jueces más grande pero termina por dar un sistema rígido, es así como numerosos pacientes son rechazados en categorías residuales o que corresponden a diagnósticos inciertos.

La presencia de un cierto número de criterios politéticos flexibiliza el sistema, que permite entonces clasificar a casi todos los pacientes. Sin embargo, la fidelidad inter-jueces se vuelve mediocre y la validez, cada vez más difícil de establecer. En efecto, en ocasiones se encuentra uno frente a la paradoja, para un sistema diagnóstico, de varias decenas de agenciamientos sintomáticos distintos susceptibles de conducir a un mismo diagnóstico.

La elección entre criterios monotéticos y politéticos puede también expresarse en términos de homogeneidad de los grupos definidos por

Cuadro IV

176 enfermos depresivos repartidos con ayuda de la "Newcastle scale" en un grupo neurótico y un grupo endógeno
Katschnig, H., Simhandl, C. (12)

	Neurótico Resultado ≤ 5	Endógeno Resultado ≥ 6
A. Datos no modificados	108	68
B. Ausencia de psicogénesis suficiente	60	116
C. Presencia de psicogénesis suficiente	137	39

A. Para los datos no modificados, B. supone que todos los enfermos no tenían psicogénesis suficiente, y C. supone que todos los enfermos tenían una psicogénesis suficiente.

los criterios diagnósticos. Si optamos por criterios muy selectivos, aumentamos las posibilidades de crear subgrupos de pacientes homogéneos pero la generalización de los resultados con el conjunto de una patología dada se volverá azarosa y la mayoría de los pacientes figurarán en categorías diagnósticas demasiado numerosas y dispersas. Si, por el contrario, se eligen criterios laxos, para poder clasificar un máximo de pacientes en categorías no residuales, se aumentan los riesgos de constituir muestrarios en realidad muy heterogéneos.

Finalmente, es sólo el objetivo de cada investigación el que puede decidir las cualidades metodológicas a privilegiar, ya que es evidente que no se puede aumentar simultáneamente la validez, la fidelidad interjueces, la homogeneidad de los grupos de sujetos y que, por el contrario, en lo absoluto, dichas cualidades pueden oponerse.

Es esta verificación la que aboga en favor del enfoque polidiagnóstico en la investigación psiquiátrica.

A título de ilustración, daremos varios ejemplos intencionalmente muy dispares. Numerosas investigaciones exigen el empleo de criterios "restrictivos": por ejemplo las de correlaciones biológicas y clínicas en materia de depresión. Así, utilizando una concepción restrictiva de los *Research Diagnostic Criteria*, Zimmerman y col. ponen de manifiesto una correlación altamente significativa entre depresión endógena y resultado positivo al *Dexamethasone Suppression Test*. La misma desaparece en cuanto se retiene una concepción más laxa de estos criterios (24).

La categoría diagnóstico "depre-

sión endógena" no tiene quizás por otro lado una validez suficiente en sí misma. Uno de los mejores instrumentos disponibles para hacer este diagnóstico es la escala de depresión de Newcastle (cuadro III). ¿Se puede, con este instrumento constituir muestrarios lo suficientemente homogéneos? El trabajo de Katschnig(12) ilustra el hecho de que una sola variable clínica como la noción de psicogénesis "suficiente" en la escala de Newcastle puede, ella sola, provocar grandes diferencias en el seno de un mismo muestrario. (Cuadro IV)

Por otro lado, la distribución de las notas obtenidas en los deprimidos ¿es bimodal (dos afecciones distintas: endógena-neurótica) como lo pretenden los autores (Roth) de Newcastle y también Mullaney(15) y Marc Anseau(1), uni o polimodal como lo sostienen Kendell y

luego Per Bech y Maier? El estudio de Peyre y Bourgeois(18) sobre 147 sujetos deprimidos, cuya evaluación utilizó principalmente la escala de Newcastle, no está a favor de la distribución bimodal.

En una perspectiva muy cercana, Boyer y alt.(4) han demostrado cómo los diagnósticos de depresión en 115 deprimidos no seleccionados podían variar según el sistema considerado. Este trabajo permite identificar un "núcleo duro" de deprimidos de 13 pacientes que poseen conjuntamente los diagnósticos de depresión mayor, primaria o melancólica (cuadro V).

En las investigaciones sobre la esquizofrenia y las anomalías biológicas que podrían serle asociadas, el rol de la elección de los criterios diagnósticos es igualmente importante. Hipótesis biológicas sobre ciertas formas deficitarias de esquizofrenia privilegian un hipofuncionamiento dopaminérgico(19, 16). Los trabajos para testear esta hipótesis dieron lugar a conclusiones divergentes. Empleando conjuntamente: una escala-criterio específica la SDS o *Schedule for the Deficit Syndrome* de Kirkpatrick(13), un criterio de duración de los trastornos, así como un criterio que estima el carácter primario o no de éstos, el equipo de Rouen de Petit y Ribeyre ha publicado recientemente un estudio(22) que muestra una tasa de ácido homovanílico plasmático bajo por la mañana con una cinética plana comparativamente a un subgrupo de pacientes no deficitarios acoplado (N= 2 X 17).

Cuadro V

Diagnósticos de 115 deprimidos no seleccionados
Boyer, P. y alt.(4)

Diagnósticos DSM III	Diagnóstico Feighner		S/ clasificar'
	D. primarios	D. secundarios	
• Depresión mayor	55	16	4
• Bipolar	9		1
• Otro trat. afectivo	1		1
• Trat. adaptación			3
• Trat. mental orgánico		4	2
Ausencia de diagnóstico	7	7	5
Total	72	27	16

Depresiones mayores+primarias+endógenas (Newcastle) = 58
Depresiones mayores+primarias+endógenas = 54
bipolares = 7
Donde: • D. recurrentes o criterios de melancolía: 13 = núcleo duro de depresión

Ta sea que se trate de depresión, de esquizofrenia o de ansiedad, parece razonable utilizar conjuntamente varios sistemas diagnósticos eligiendo para cada investigación clínica el o los sistemas que parecen particularmente adecuados para los interrogantes surgidos.

Es muy claramente en este sentido que va el trabajo de S. Dollfus(5) para la esquizofrenia y del CODED de T. Ban(2) para la depresión con los cuales terminaremos.

El ejemplo del polidiagnóstico en las esquizofrenias

La lista de ítems de objetivo diagnóstico y evolutivo de S. Dollfus(6) representa un enfoque polidiagnóstico de la esquizofrenia (cuadro VI). El empleo de este sistema puede ayudar a la selección del o de los sistemas diagnósticos que resultará(n) más pertinente(s) según el tipo de investigación encarada. Por ejemplo, cuando se buscan pacientes "negativos" se retendrán de preferencia los criterios del ICD-9 de Taylor-Abraham, de Langfeldt; para pacientes positivos, los criterios de New-Haven y para pacientes mixtos, los RDC.

Cuadro VI

El enfoque polidiagnóstico de la esquizofrenia.
La lista de ítems de enfoque diagnóstico y evolutivo
Versión abreviada 183 ítems.

Dollfus, S. y alt.(5)

- 14 sistemas diagnósticos
- Bleuler, 1911 (versión 1950)
 - Catego. + Wing, 1974
 - DSM III-R, 1987
 - Feighner, 1972
 - ICD-9, 1978
 - ICD-10, 1990-1992
 - Langfeldt, 1960-1969
 - Schneider, 1957
 - Astrachan (Newhaven), 1972
 - Carpenter y al., 1973 (Sistema Flexible)
 - Criterios de Viena (Berner 1965-69)
 - Taylor y Abraham, 1978
 - Criterios empíricos franceses (Pull y al., 1987)

Finalmente, dos tipos de variaciones en el tiempo no dependen necesariamente una de la otra. Cuatro casos son en realidad posibles en los pacientes esquizofrénicos:

- la inestabilidad de los sistemas diagnósticos asociada a una inestabilidad de los síntomas (p. ej. Newhaven);

bilidad de los síntomas (p. ej. Newhaven);

- la inestabilidad de los sistemas sin variaciones de los síntomas (Carpenter);
- la estabilidad de los sistemas a pesar de las modificaciones de los síntomas: Feighner; o incluso,
- la ausencia de variaciones (DSM).

Cuadro VII

CDD (T. Ban) N = 17 categorías

- Depresión bipolar (Leonhard, 1957)
- Personalidad depresiva (Schneider, 1958)
- Depresión secundaria (Robins y Guze, 1972)
- Criterios de Saint-Louis (Feighner y al., 1972)
- Depresión reaccional (Schneider, 1959)
- Depresión psicótica (Foulds, 1972; Catego-Wing, Cooper y Sartorius, 1974)
- Estado depresivo (Kraepelin, 1913, 1921)
- Melancolía pura (Leonhard, 1957)
- Depresión vital (Schneider, 1920)
- Depresión Endógena (Möbius, 1985; Kiloh y Garside, 1963; Mendels y Cochrane, 1968; Pilowsky, Levine y Boulton, 1969, Kielholz, 1972; Rasckin y Crook, 1976; Taylor y Abraham, 1978)
- Depresión sospechosa (Leonhard, 1957)
- Depresión hipocondríaca (Leonhard, 1957)
- Depresión auto-punitiva (Leonhard, 1957)
- Depresión con repliegue (Leonhard, 1957)
- Depresión primaria (Robins y Guze, 1972; Criterios de Saint-Louis, Feighner y al., 1972)
- Depresión endógenomorfa (Klein, 1974; Berner, 1983)
- Depresión mayor (RDC-Spitzer, Endicott y Robins, 1978, 1980; DSM III-R)

El ejemplo del polidiagnóstico en las depresiones

La "Evaluación diagnóstica compuesta de los trastornos depresivos" de Thomas Ban(2) fue traducida al francés por François Ferrero, M. A. Crocq y J. F. Dreyfus. Esta evaluación incluye (cuadro VI):

- Una escala de evaluación RSDD (Escala de evaluación para el diagnóstico de depresión) y una subescala de severidad RSASDD o Escala de evaluación de la severidad de los estados depresivos.

La clasificación diagnóstica compuesta de los trastornos depresivos de T. Ban es una clasificación jerárquica de 17 diagnósticos: 1 bipolar y 16 unipolares en el orden siguiente:

- un primer episodio es considerado como un "estado depresivo",
- los episodios siguientes, como "una enfermedad",
- los estados y las enfermedades son: "atípicos" en caso de comienzo insidioso, "crónicos" en caso de

duración prolongada, "puros" en caso de "historia familiar de enfermedad afectiva". Las 17 categorías diagnósticas (que corresponden a 198 formas clínicas posibles) figuran en el cuadro VII.

Conclusión

Escalas y criterios son herramientas psicométricas útiles para la evaluación y la medición en la investigación clínica. Las cualidades metodológicas de estos instrumentos deben ser estudiadas sin cesar, verificadas y mejoradas. Los últimos veinte años han permitido progresos en materia de fidelidad inter-

jueces del diagnóstico y de las modalidades de compilación de los datos clínicos. Las concordancias diagnósticas se mejoran con el empleo de los criterios pero siguen siendo —es el último punto que nos gustaría destacar— muy variables de un diagnóstico a otro.

Rebecca Fuhrer, F. Rouillon y J. Lelouch(9) han demostrado así con un pequeño número de pacientes y un gran número de psiquiatras que los coeficientes Kappa eran relativamente satisfactorios para el diagnóstico de esquizofrenia o de episodio depresivo mayor, pero que eran netamente menos aceptables para los trastornos distímicos y ciclotímicos (11 casos, 136 psiquiatras).

La literatura americana de los últimos años es a este respecto particularmente rica en estudios de fidelidad inter-jueces de los diagnósticos de trastornos de la personalidad, para los que una buena fidelidad inter-jueces es muy difícil de obtener cualquiera sea el procedimiento empleado (cuestionario, escala, entrevista estructurada).

No serán posibles verdaderos progresos en cuanto a la validez y la nosografía psiquiátrica, hasta que se disponga conjuntamente de criterios sobre la evolución natural de los trastornos, su reactividad terapéutica, la dimensión psicodinámica, datos de orden genético y las correlaciones biológicas (20, 21) ■

Bibliografía

1. Anseau M., Clerfontaine J. M., von Frenckell R. y al., L'index de Newcastle pour le diagnostic de dépression endogène. Comparaison avec les critères de diagnostic pour la recherche de dépression majeure. *L'Encéphale*, 1987, XIII 67-72.
2. Ban T., CODE-DD. *Evaluation diagnostique composite des troubles dépressifs*. Trad. francesa: F. Ferrero, M. A. Crocq y J. F. Dreyfus. Editions Médecine et Hygiène, Ginebra, 247 p., 1992.
3. Bech P., Dimensions de la dépression: modèles statistiques pour l'évaluation des troubles affectifs. *Psychiatr. Psychobiol.* 1988, 3, 37s-44s.
4. Boyer P., Pull C. B., Dreyfus J. F., Pichot P., A Computerized Diagnostic System for Comparing Alternative Classification Schemes of Depression. *J. Aff. Dis.*, 1984, 7, 159-171.
5. Dollfus S., Petit M., Menard F., Lesieur Ph., Recherche sur la schizophrénie: nécessité d'inclure les patients selon plusieurs systèmes diagnostiques. *Ann. Méd. Psychol.*, 1992, 150, 327-331.
6. Dollfus S., Petit M., Menard F., Lesieur Ph., Symptomatic and diagnostic stability in schizophrenia: a one year follow up study. *Eur. Psychiatry*, 1993, 8, 7-13.
7. Dreyfus J. F., Guelfi J. D., Raschel S., Blanchard C., Pichot P., Structure factorielle de l'échelle de dépression de Hamilton II. *Ann. Méd. Psychol.*, 1981, 139, 446-5.
8. Fleck M. P. A., Bourdel M. C., Guelfi J. D., Poirier-Littre M. F., Lôo H., Structure factorielle de l'échelle de dépression de Hamilton à 17 items. *L'Encéphale* (en lectura).
9. Fuhrer R., Rouillon F., Lelouch J., Diagnostic reliability among French psychiatrists using DSM-III Criteria. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1986, 73, 12-16.
10. Guelfi J. D., Dreyfus J. F., Reschel S., Blanchard C., Pichot P., Structure factorielle de l'échelle de dépression de Hamilton I. *Ann. Méd. Psychol.*, 1981, 139, 199-214.
11. Guelfi J. D., Bobon D., Les échelles d'évaluation en psychiatrie. *Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Psychiatrie*, 37200 A10. 10-1989, 10p.
12. Katschnig H., Simhandl C., Problèmes de validation posés par le concept des critères diagnostiques. In: Symposium Vivalan: Evaluation des états dépressifs: modèles théoriques et applications pratiques. Cambridge, Monographie. ICI-Pharma, 1986.
13. Kirkpatrick B., Buchanan R. W., McKenney P. D., Alphas L. D., Carpenter W. T., Jr., The Schedule for the Deficit Syndrome: an instrument for research in schizophrenia. *Psychiatr. Res.* 1990, 31, 25-30.
14. Lesur A., Feline A., Systèmes de critères diagnostiques: validité et fidélité. *Psychiatr. Psychobiol.*, 1987, 28-16.
15. Mullaney J. A., The validity of two Newcastle diagnostic scales in the affective disorder. Bimodality and other correlates. *J. Aff. Dis.*, 1985, 9, 239-247.
16. Petit M., Zann M., Lesieur Ph., Colonna L., The Effect of sulpiride on negative symptoms of schizophrenia. *Brit J. of Psychiatry*, 1987, 150, 270-1.
17. Peyre F., Martinez R., Verdoux H., Bourgeois M., Endogénéité dépressive et index de Newcastle I. *Revue de la littérature. Ann. Méd. Psychol.*, 1989, 147, 858-861.
18. Peyre F., Martinez R., Verdoux H., Bourgeois M., Endogénéité dépressive et échelle de Newcastle II. Estudio sobre 147 pacientes. (2da parte). *Ann. Méd. Psychol.*, 1990, 148, 425-438.
19. Post R. M., Fink E., Carpenter W. T., Godwin F. F., Cerebrospinal fluid amine metabolites in acute schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1975, 32, 1063-69.
20. Pull C. B., Guelfi J. D., Boyer P., Pull M. C., Les critères diagnostiques en psychiatrie: historique, état actuel et perspectives d'avenir. Informe de psiquiatria. *Congreso de Psiquiatria y de Neurología de lengua francesa*. Le Mans, Masson, Paris. 196 p., 1986.
21. Pull C. B., Guelfi J. D., Pull M. C., Les critères diagnostiques en psychiatrie. *Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Psychiatrie*, en prensa.
22. Ribeyre J. M., Lesieur Ph., Varoquaux O., Dollfus S., Gregoire A., Menard J. F., Petit M., Plasma homovanillic acid and the deficit/non deficit forms of schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 1992, especial nro. 2, 137-138.
23. Ribeyre J. M., Lesieur Ph., Varoquaux O., Dollfus S., Gregoire A., Menard J. F., Petit M.: Les nouveaux critères diagnostiques du déficit dans la schizophrénie selon l'école de Carpenter: intérêt et validité. *Ann. Méd. Psychol.*, 1993, 151, 316-320.
24. Zimmerman M., Coryell W. B., Black D. W., Variability in the Application of Contemporary Diagnostic Criteria: Endogenous Depression as an Example. *Am. J. Psychiatry*, 1990, 147, 1173-78.

* Agradecemos la autorización de reproducción del presente artículo aparecido en *Anales Médico-Psicológicos* N° 2, 1995.

Suicidio celular

Apoptosis y Neuronas

Celeste Pérez

Biopática. Servicio de Cultivo de Tejidos, Centro Virología, Inst. Nac. de Microbiología "Dr. C. G. Malbrán", Av. Vélez Sarfield 563, 1281, Buenos Aires, Argentina. Tel/fax: 303-2382.

Gabriel Gavosto

Medico psiquiatra. Ex-residente del Hospital Municipal "J. T. Borda". Tel/fax: 826-4-87. Buenos Aires, Argentina.

Habitualmente se ha considerado que la muerte de las células en un organismo es un proceso aleatorio, caótico; pero, ocurre que tal como una célula individual balancea su anabolismo y su catabolismo, los organismos pluricelulares deben equilibrar la regeneración y la muerte de sus células para mantener, entre otras muchas

características y funciones, un tamaño constante(3). *Apoptosis* es una palabra derivada del griego, etimológicamente "tal como caen las hojas", que se ha comenzado a utilizar para denominar a una clase particular de muerte de las células que difiere esencialmente de la necrosis en su naturaleza y significado biológico. La apoptosis es un proceso activo de autodestrucción celular, condicionado genéticamente, con un sentido habitualmente fisiológico(2, 3, 10, 14).

Este artículo pretende presentar este concepto y algunas de sus consecuencias para nuestra especialidad.

La apoptosis es una muerte programada de las células que se encuentra bajo amplios estudios. Es a través de este concepto que se explican, por citar algunos de los múltiples ejemplos posibles, el recambio celular en tejidos adultos(12), la regresión tumoral indu-

cida por algunas drogas(3, 24) y la eliminación selectiva de linfocitos CD 4 por el HIV(22). Es un proceso ubicuo, conservado filogenéticamente.

La apoptosis desempeña también un rol esencial en el desarrollo ontogénico del sistema nervioso(23) y puede utilizarse para explicar situaciones patológicas del mismo: las enfermedades degenerativas(5, 31), el envejecimiento(27) y el desarrollo tumoral(15).

Algunas características morfológicas y bioquímicas

Morfológicamente se encuentra que, durante el proceso de la apoptosis, ocurre una rápida condensación del citoplasma de la célula con una siguiente formación de protuberancias pedunculadas, que dan luego lugar a la aparición de los "cuerpos apoptóticos", fragmentos celulares recubiertos de membrana que contienen trozos de ADN y organelas intactas. La célula se deforma y fragmenta sin volcar al medio extracelular su contenido (Fig. 2). Estos cuerpos son luego fagocitados por las células adyacentes o por macrófagos (Fig.1), sin la aparición de inflamación(12, 13). Es un proceso rápido, que dura desde minutos a algunas horas y que no afecta a la arquitectura celular del tejido.

Recordemos que la necrosis, en oposición, ocurre en un gran número de células y es un fenómeno masivo acompañado de inflamación exudativa. Las células necróticas estallan liberando enzimas lisosomales al espacio extracelular. Estas enzimas tienen una acción lítica sobre células vecinas: el fenómeno necrótico es extensivo y destruye la arquitectura tisular (Fig. 3).

Es importante destacar la forma en que se fragmenta el ADN nuclear: no es una fragmentación al azar sino que es clivado por enzimas nucleasas, calcio dependien-

Resumen

Se presenta una descripción de una forma de muerte celular programada, llamada apoptosis. Dicho proceso de muerte celular activa ocurre, en el sistema nervioso central extensamente, en la ontogénesis, en los organismos adultos y en situaciones patológicas: enfermedades neurodegenerativas, (Enfermedad de Parkinsons, Enfermedad de Alzheimer), tumorales, accidentes cerebrovasculares y estatus epiléptico. El concepto de apoptosis abre a nuevas explicaciones fisiopatológicas y nuevas vías terapéuticas.

Palabras Clave: Apoptosis - Neuronas - Muerte Celular Programada.

APOPTOSIS AND NEURONES

Summary

A description of a form of programmed cell death, call apoptosis, its present. This process of active cell death is largely describes in ontogenesis, in adults organism and in pathology. In the nervous sisten also occurs in the normal developping, the aging and in pathology: neurodegeneratives diseases (Parkinson's and Alzheimer's Diseases), tumors, stroke and status epilepticus. Apoptosis have made conceptually possible new physiopatologie way and new therapie.

Key Words: Apoptosis - Neurones - Programmed Cell

SUICIDE CELLULAIRE; APOPTOSE ET NEURONES

Résumé

Il existe une description d'une forme de mort cellulaire programmée, appelée apoptose. Ce processus de mort cellulaire active se produit en quantité, dans le système nerveux central, pendant l'ontogénèse, ainsi que dans le cerveau de l'adulte et dans des situations pathologiques: maladies neurodégénératives (maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer), tumeurs, accidents cérébrovasculaires et statut épileptique. Le concept d'apoptose débouche sur de nouvelles interprétations physiopathologiques et sur des voies thérapeutiques neuves.

Mots Clé: Apoptose - Neurone - Mort cellulaire programmée.



Fig. 1 Ilustración mostrando procesos de apoptosis (arriba) y fagocitosis por macrófagos (abajo a la derecha)

tes, en fragmentos de 185 a 200 pares de bases(12, 28).

Todo este desarrollo muestra que se ha puesto en marcha, dentro de la célula, un programa de finalización, de muerte activa, que consume energía y que debe sintetizar proteínas para poder llevarse a cabo (los inhibidores de la síntesis de ARN y proteínas bloquean la apoptosis)(25).

¿Qué hace que una célula se suicide?

La serie de eventos que llevan a las células a la apoptosis son muy diferentes, van desde la muerte celular programada como una etapa en el desarrollo ontogénico normal a situaciones perjudiciales para la célula o el organismo.

Las señales que conducen a las células a la apoptosis son variadas, tan múltiples como aquellas que llevan a la proliferación y diferenciación de los tejidos(10, 16). Estas señales incluyen tanto a la *aparición* como a la *desaparición* de ciertas sustancias del medio extracelular, tales como, por ejemplo, los factores de crecimiento tisular. Así, la remoción de andrógenos por castración induce a atrofia de la próstata mediada por muerte celular programada(12).

La estimulación de ciertas moléculas de la superficie celular, por ejemplo el receptor del Factor de Necrosis Tumoral, el antígeno FAS

y el antígeno CD3 puede inducir apoptosis y eliminar a una población celular determinada que esté, en ese particular momento, expresando tales moléculas. Sobre la base de estos mecanismos se están ensayando nuevas terapéuticas con factores de crecimiento y anticuerpos monoclonales como antineoplásicos, sustancias que se unan a receptores que desencadenen el mecanismo de muerte celular en las células tumorales que se encuentran expresando en su su-

perficie un tal receptor.

En relación a la regulación genética, en un contexto de varios genes implicados, se han detectado dos genes con gran relevancia en la apoptosis: el gen supresor de tumor p53 y el gen bcl-2(13, 20).

El gen celular p53 tiene una secuencia que codifica para una proteína de 53 kilodaltons. Frente al daño del ADN celular, p53 se activa y genera su proteína. Actúa, en primera instancia, frenando el ciclo celular (en G1), dando tiempo a la célula para que repare su ADN. Si la reparación no puede llevarse a cabo, pone en marcha el proceso de apoptosis. A este gen se lo ha llamado "apoptogen"(20).

El producto del gen bcl-2 actúa de manera antagónica a p53, inhibe a la apoptosis. La desregulación de bcl-2 contribuye a la acumulación de mutaciones oncogénicas, al bloquear la delección apoptótica de células que normalmente se produce luego del daño del ADN provocado por diferentes agentes, por ejemplo, la radiación(4, 13).

Si bien las circunstancias en las que ocurre la apoptosis son básicamente distintas de la necrosis, existen áreas de solapamiento entre los dos tipos de muerte celular: en la destrucción injuria celular. Si la injuria celular es grande, como en la hipoxia, isquemia, hipertermia severa o daño tóxico grave, la célula invariablemente necrosará. Si el daño es leve, puede sobrevenir el "suicidio celular altruista" donde la

muerte celular tiene un rol en la eliminación de células cuya supervivencia es perjudicial para un tejido o el individuo en general, tal sería el caso de la apoptosis inducida por radiaciones ionizantes en las espermatogonias de los túbulos seminíferos donde, tal vez, el ADN dañado podría transmitirse a la descendencia(4, 12).

Un ejemplo de la combinación de apoptosis y necrosis se encuentra en los accidentes cerebrovasculares; hay modelos experimentales en los cuales se ha descrito la aparición de marcadores de la apoptosis, que se supone ocurriría en la zona de "penumbra", y sería precipitada por el glutamato u otros aminoácidos excitatorios(17, 18, 19).

Apoptosis Neuronal

La muerte neuronal por apoptosis ya ha sido ampliamente descrita en el sistema nervioso central y en el sistema nervioso periférico(10, 23)). Este fenómeno ocurre en estadios específicos del desarrollo embrionario; la supervivencia de las neuronas se regula, principalmente por dos mecanismos: la presencia de receptores para factores tróficos y receptores para la inervación aferente(1, 16). Es a través de estos procesos que la apoptosis tiene un rol esencial en el diseño de la arquitectura neuronal durante el desarrollo.

En el sistema nervioso del adulto las funciones de la apoptosis no están tan claramente conocidas, pero

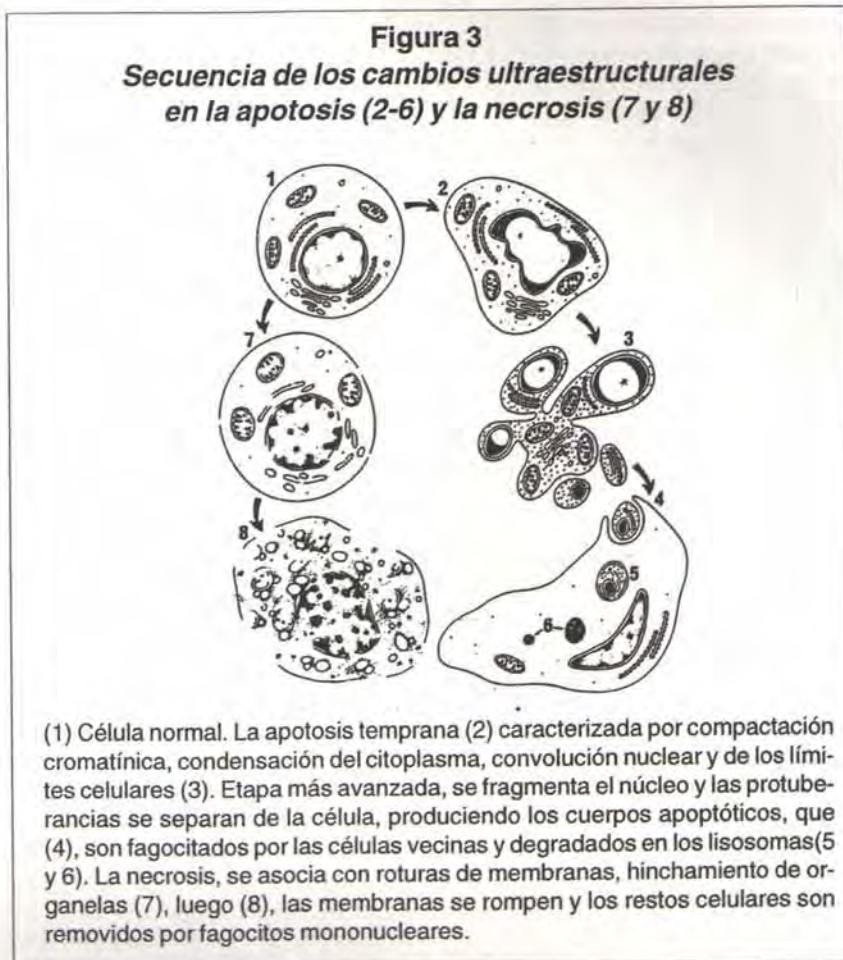


Fig. 2 Proceso de apoptosis observado por micrografía electrónica

se tiene la certeza de que ocurre (16). Luego de adrenalectomía, por ejemplo, se ha observado la muerte celular por apoptosis de neuronas granulosas dentadas del hipocampo (23, 25).

En el caso de las enfermedades neurodegenerativas la tasa de muerte celular es baja, pero esto no significa que no sea importante (no tiene el mismo significado la muerte de una neurona que la de un glóbulo rojo). Es difícil determinar claramente la presencia de apoptosis, es decir, observar aquellas características que se han descrito anteriormente, pero se ha reunido información sobre la presencia de marcadores bioquímicos de la apoptosis en enfermedades neurodegenerativas (3, 7, 11, 21). Ha surgido una hipótesis: en el sistema nervioso central las células diferenciadas en forma terminal (neuronas maduras) cuando son sometidas a señales que en las células precursoras provocarían la división celular, inducirían la muerte celular programada al faltar la capacidad de reingresar al ciclo celular. Por ejemplo, la pérdida del gen llamado *Rd* en precursores neuronales produce un aumento de la proliferación, mientras que en la progenie postmitótica conduce a la muerte neuronal (11).

En estudios relacionados con la enfermedad de Alzheimer, se ha encontrado que se asocia la apoptosis de neuronas con la presencia del péptido β -amiloide, tal vez por



aumentar la sensibilidad a ciertos aminoácidos excitatorios (7) (La presencia de la sustancia amiloide es una de las características de la enfermedad de Alzheimer). El agregado del péptido β -amiloide a cultivos de neuronas precipita la apoptosis de las mismas. La expresión

del gen *bcl-2* inhibe la muerte celular inducida por el péptido β -amiloide (27).

Se ha descrito, en ciertos cultivos neuronales, que la exposición a concentraciones fisiológicas de dopamina provoca la muerte celular por apoptosis, sugiriéndose enton-



INSTITUCION PSICOTERAPÉUTICA

Témpora
Card
Asóciase

Para una situación difícil Témpora es una Institución confiable

Dir. Gral.: Dr. Felipe Díaz Usandivaras
Dir. Médico: Dr. César Luchetti

Internación Institucional Breve

- Desintoxicación
- Depresión
- Excitación psicomotriz
- Descompensación
- Consumo compulsivo
- Cambio de Medicación
- Ideación Suicida

Consultorios Externos

Programas: Adicciones - Bulimia y anorexia Violencia Familiar - Discapacidad

Residencia Terapéutica Intermedia: Hostal

Un lugar donde vivir temporariamente sin estar internado, con la asistencia adecuada. Para cuando no es conveniente vivir solo ni con la familia de origen

Soler 5951/61
1425 Capital Federal
Tel.: 771-8114 y Rotativas

Centro de Crisis

- Urgencias domiciliarias Psicológicas y Psiquiátricas
- Urgencias institucionales
- Internación domiciliaria
- Acompañamiento terapéutico

Centro de día

- Proceso terapéutico grupal con talleres creativos centrados en las habilidades personales
- Programas de 4 y 8 horas

ces que la activación de la apoptosis podría tener un rol en la degeneración de la substantia nigra en la enfermedad de Parkinson(28).

Se ha encontrado que el litio provoca la apoptosis de neuronas inmaduras en cultivo, y protege de la apoptosis precipitada por bajas concentraciones de potasio a neuronas maduras in vitro. Destacamos que un mismo agente provoca la apoptosis o la evita, según el grado de maduración celular de las neuronas(6).

Ciertos modelos de encefalitis viral muestran que ocurre muerte neuronal por apoptosis durante la enfermedad, y que este proceso es mucho más importante cuando más joven es el animal. Estos datos,

que muestran que neuronas de mamíferos mueren por apoptosis inducida por infecciones virales, con las características propias de la apoptosis de escasa afectación del tejido, y que esta susceptibilidad es mayor en edades tempranas del desarrollo, hacen recordar las teorías virales de la esquizofrenia. Estas teorías, originadas en datos epidemiológicos muy consistentes, hipotetizan que la exposición a ciertos virus durante el embarazo predispondría al desarrollo de esquizofrenia(21) y algunos desórdenes bipolares. Existe una excelente revisión de estas teorías realizada por H. Yolken, y E. Fuller Torrey(29).

Se ha descrito la aparición de apoptosis neuronal luego de esta-

tus epiléptico y tras crisis epilépticas in vitro e in vivo(8, 26). Estas muertes neuronales ocurren horas después de las crisis, abriéndose un campo de tratamiento posible de las secuelas postictales.

Un estudio que provoca la expresión del gen bcl-2 a través de un vector viral, encuentra una reducción de la muerte neuronal secundaria a isquemia focal cerebral en ratas. El gen humano de bcl-2 es colocado en un virus herpes tipo uno, inyectándose en el cerebro y midiendo el daño posterior a isquemia cerebral en los cerebros infectados que están expresando la proteína de bcl-2(18). El uso de vectores virales es una de las herramientas de las terapias genéticas en estudio ■

Referencias bibliográficas

1. Barde, Y., 1989. Trophic factors and neuronal survival. *Neuron*. 2:1525-1534
2. Barret, F. C., 1994. Apoptosis and Cellular Senescence: Forms of Irreversible growth arrest. In *Apoptosis II: The Molecular Basis of Apoptosis in Disease*, Tomei et al. 253-281
3. Carson, D., Ribeiro, J., 1993. Apoptosis and disease. *The Lancet*. 341:1251-54
4. Collins, M. K., 1992. Interleukin 3 protects murine bone marrow cells from apoptosis induced by DNA damaging agents. *J. Exp. Med.* 176:1043-51
5. Chen, S. C., Carrant, T. y Morgan, J. Y., 1995. Apoptosis in the nervous system, New revelations. *J. Clin. Pathol.*; 48:7-12
6. Di Mello, S. R. et al, Lithium induces apoptosis in immature cerebellar granule cells but promotes survival of mature neurons: Exp-Cell-Res. 1994 *APR*: 211(2):322-8
7. Duguid, J. R., 1989. Changes in brain gene expression shared by screeper and Alzheimer disease. *Proc. Nat. Acad. Sci.* 86:7260-7267.
8. Fountain, N. B. y Lohthman, E. W., 1995. *Journal of clinical Neurophysiology*. Y2(4):326-342.
9. Gwag, B. J., Lobner, D., Koh, J. Y., Wie, M. B. y Choi, D. W., 1995. Blockade of glutamate unmasks neuronal apoptosis after oxygen-glucose deprivation in vitro. *Neuroscience*, Vol 68, N°3, 615-619.
10. Grist, S. A. et al., 1992. Brando (1993) in *Apoptosis II*. The molecular basis of apoptosis in disease. Tomei 1994, 377-97.
11. Hamburger, V., 1989. Proliferating differentiation and degeneration in the spinal ganglia of de dhick underr normal and experimental conditions. *J. Exp. Zool.* 111: 413-416
12. Heinz, N., 1993. Cell death and the cell cycle: a relationship transformational and neurodegeneratio? *TIBS*. 18:157-159
13. Hockembery, D., 1990. bcl-2 is an inner mitochondrial membrane protein that blocks programmed cell death. *Nature*. 348:334-336.
14. Kerr, J. F. y Harmon, B. V., 1991. Definition and incidence of apoptosis: Historical perspective. Tomei, *Apoptosis: the molecular basis of cell death*. 5-29.
15. Kerr, J. F. y Winterford, C., 1994. Apoptosis. Its significance in cancer and cancer therapy. *Cancer*. 73:2013-26.
16. Koh, J. Y., Young, J., Lobner, D. y Choi, D. W., 1995. *Science*, Vol 268:573-575.
17. Linnik, M. D., Evidence supporting a role of programed cell death in focal cerebral ischemia in rats. *Stroke* 1993; Dec: 24 (12):2002-9
18. Linnik, M. D., Zathos, P., Geschwind, M. D. y Federoff, J. H., 1995. Expression of bcl-2 from a defective Herpes Simplex Virus -1 Vector limits neuronal death in focal cerebral ischemia. *Stroke* Vol 26, N°9, 1670-1675.
19. Macmanus, J. P., Buchan, A. M., Hill, Y. E. y Rasquin A. Y., Global ischemia can cause DNA fragmentation indicative of apoptosis in rat brain. *Neurosci Lett*. 1993. 164(1-2) 89-92
20. Marx, J., 1993. How p53 supresses cell growth. *Science*. 262:1644-45
21. Mattson, M. P., 1992. Beta-amiloid peptides destabilize calcium homeostasis and render human cortical neurons vulnerable to excitotoxicity. *J. Neurosci*. 12:276-389
22. Meyaard, L y Otto, S., 1992 Programmed Death of T-cells in HIV-1 Infection. *Science* 257:217-219.
23. Oppenheim, R., 1991. Cell death during development of the nervous system. *Ann. Rev. Neurosc.* 14:453-501
24. Philips, F., 1975. The lethal actions of antitumor agents in proliferating cells systems in vivo. *Ann. J. Pathol.* 81:205-211
25. Sloviter, R. S. y Dean, E., 1993 Electron microscopy analysis of adrenalectomy induced hippocampal granule cell degeneration in the rat: Apoptosis in the adult central nervous system. *J. Comp. Neurol.* 330:337-342
26. Sakhi, S., Bruce, A., Sung, N., Tocco, G., Baudry, M. u Schreiber, S. S., 1994. Kainic acid induces tumor suppressor p53 and apoptosis in the central nervous system. *Epilepsia*, Vol 35, Suppl. 8:5.
27. Tomei, L. D. y Cope Barr, P., 1994. Apoptosis: aging and phenotypic fidelity. In *Apoptosis II*. The molecular basis of apoptosis in disease. 377-97
28. Willie, A. H., 1984. Cromatin clivaje in apoptosis and dependence on macromolecular syntesis. *J. Pathol.* 142:67-72
29. Yolken, R. H. y Fuller Torrey, E., 1995. Viruses, Schizophrenia, and Bipolar Disorder. *Clinical Microbiology Reviews*, Jan 1995, 131-145.
30. Zhong, L., 1993. bcl-2 inhibits death of central neural cells induces by multiple agents. *Proc. Natl. Acad. Sci.* 90: 4533-4537.
31. Ziv, Y., et al. Dopamine induces apoptosis like cell death in cultured chick sympathetic neurons- a possible novel mechanism in Parkinson disease. *Neuroscience Letter*. 1994 170(1) 135-140.



Aquí puede encontrar nuestros libros y revistas

En Buenos Aires:

13.11
Años
Buenos
Catalina Rodríguez
Catalina
De la Comarca
Del Fondo
Del Sol
Del Sol
Del Virrey
Distal S. R. L.
Ediciones Macchi
El Buen Libro
El Lorraine
Espalibro
Espalibro
Espalibro
Fauco
Fauco
Fauco
Fauco
Fauco
Fauco
Fray Macho
Gandhi
Góngola
Hernández

Corrientes 1311
Florida 340
Boyacá 41
Sarmiento 835
Santa Fe 2210
Las Heras 2955
Santa Fe 1685
Echeverría 2450
De los Incas 3673
Virrey Loreto 2407
Corrientes 913
Córdoba 2084
Cabildo 1887
Corrientes 1513
Cabildo 1580
Santa Fe 3474
Acoyte 48
Galerías Pacifico
Santa Fe 2077
Santa Fe 1715
Corrientes 1316
Corrientes 1243
Santa Fe 3142
Corrientes 1551
Billinghurst 1597
Corrientes 1436

Kargieman

La Compañía de los libros
La Facultad
Letra Viva
Librerio
Marcos Palmieri Libros
Mil y una Hojas
Norte
Ojos de Papel
Paidós Soc. en Com.
Párrafos
Penélope
Psicología Libros
Quimera
Rodríguez
Rodríguez
Salerno Libros
Salón Cultural
Santa Fe
Santa Fe
Sequeira Libros
Tekne Librería Ed. S. R. L.
Valenza Libros
Zival's

Rodríguez

Peña 1674
Arenales 1901
Facultad de Psicología
Coronel Díaz 1837
Cabildo 1852
APDEBA, Maure 1850
Fco. Lacroze 2219
Las Heras 2225
Santa Fe 2928
Las Heras 3741
Callao 737
Santa Fe 3673 local 14 "C"
Facultad de Psicología
Obligado 2264 P. B. "A"
Cabildo 1849
Florida 377
Hospital Borda
Santa Fe 2530
Santa Fe 2582
Santa Fe 2376
Hospital Moyano
Urquiza 772
Hospital Fernández
Corrientes 1794

En Córdoba

El Espejo
El Mundo del Libro
Maidana Libros S. R. L.
Rayuela S. R. L.
Babén Libros

Vélez Sarfield 156 local 23
Obispo Trejo 4
Dean Funes y Vélez Sarfield
Colón 678
Deán Funes 163 local 1

En Montevideo - Uruguay

Ediciones Trecho Maldonado 1092

En Rosario

Homo Sapiens
Copia Fiel

Sarmiento 646
Entre Ríos 716

En Santa Fe

Guimard Libros

Belgrano 5599

En Lomas de Zamora

Palentra

Meeck 132





*Carlos Godoy
Paisaje de sirio
Técnica mixta
1986
90 x 67,5 cm*



Multidisciplina, un desafío para la Psiquiatría y la Salud Mental

Durante el siglo XIX y los primeros años del XX la locura estuvo, exclusivamente, en manos de los médicos, alienistas primero y psiquiatras después. Pero desde las primeras décadas del presente siglo, múltiples cambios culturales y sociales respecto de la locura, la aparición del psicoanálisis y el desarrollo de las Ciencias Humanas –con su variedad de especialistas y técnicos– modificó el panorama haciendo tributaria a la locura del más amplio campo de la Salud Mental. La noción de prevención de los que comenzaron a llamarse Trastornos Mentales y la definición ecléctica del hombre como ente bio-psico-social se entronizaron en el lenguaje técnico intentando dar cuenta de la complejidad del hombre alienado. Es cierto, somos, cuerdos o sanos, enteros y vivientes, es decir, complejos, evolutivos y con mucha probabilidad de ser definitivamente inaprehensibles. La aproximación a la comprensión de este fenómeno fugaz: el sujeto humano; que se arma y se desarma, que huye en el deseo ante nuestro aturdimiento y confusión implica visiones ora localizadas, ora panorámicas, en un movimiento de zoom permanente sobre lo real que debemos tratar, y que no se deja estudiar según los modelos científicos clásicos. Quizás múltiples miradas, discursos y conceptualizaciones sobre facetas complementarias nos acerquen un poco de luz.

El trabajo en equipo interdisciplinario en el campo de la Salud Mental es un intento –hoy ya casi un presupuesto básico– de proporcionar esa multiplicidad de enfoques y un abordaje concomitante de los problemas desde variados ángulos con diversos recursos.

Las dificultades en la comunicación de los miembros del equipo y las aporías científicas con las que se topan los intentos de síntesis, testimonian de una complejidad epistemológica, hasta hoy, insalvable. No hay metateorías o transdisciplinas sintetizadoras de las disciplinas existentes. Nuestras pretensiones se detienen –y no es poco lo alcanzado– en el trabajo multidisciplinario, cuando sólo yuxtaponemos esfuerzos y tratamientos y a lo sumo interdisciplinario, cuando se da la ocasión de intercambios más profundos.

Este Dossier trata de iluminar los roles y funciones de las distintas disciplinas que se articulan con la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis en el trabajo de equipo en Salud Mental ■

J. C. S.

El rol del enfermero en el equipo de Salud Mental

Una experiencia de investigación en Hospital Psiquiátrico



Sala de Clinoterapia

Hospicio de las Mercedes, 1906

Silvia Batlle

Becaria de Investigación (UBACyT), Ex residente de Psicología Clínica, Hosp. Municip. "T. de Alvear", Warnes 2630, Buenos Aires.

Claudia Greco

Ex residente y ex- jefe de residentes de Psicología Clínica, Hosp. Municip. "T. de Alvear"

Marcelo Negro

Ex residente de Psicología Clínica, Hosp. Municip. "T. de Alvear"

Introducción

El presente es el relato de una experiencia de trabajo con el grupo de enfermeros de un Hospital psiquiátrico¹. El mismo se desarrolló en el Hospital de Emergencias Psiquiátricas "T. de Alvear" (H.E.P.T.A.) y su propósito consistió en realizar un relevamiento de las características laborales específicas del cuerpo de enfermeros.

El interés por esta temática surgió en el contexto de nuestro trabajo como Residentes en la Guardia Externa y en las Salas de Internación del Hospital. Constatamos que, en el abordaje cotidiano de los pacientes graves, los enfermeros ocupan un lugar clave: están todos los días en contacto con los pacientes en bandas horarias de 6 y/o 12 horas, atienden las inquietudes de los familiares de los pacientes internados, están al tanto de los efectos de las medicaciones administradas por los médicos, son los intermediarios entre algunas indicaciones clínicas de los profesionales y los pacientes, etc.

¿Cómo se producía la comunicación entre los profesionales (psicólogos, médicos, trabajadores sociales o terapeutas ocupacionales) y los enfermeros?; ¿cómo percibía el personal de enfermería su rol como miembro del Equipo terapéutico? ¿Cuál era la capacitación específica que recibían los enfermeros para desempeñar su trabajo?

Metodología

Surge así nuestra iniciativa de indagar con mayor rigurosidad estos datos que surgían en las charlas con los enfermeros. ¿Cómo podíamos hacerlo, dado que no habíamos sido convocados por ellos? En el caso de poder hacerlo: ¿cómo abordaríamos al "grupo de enfermería" que se caracterizaba (entre otras cosas) por la dificultad de reunirse grupalmente? Básicamente esta dificultad consistía en su distribución en bandas horarias fijas, la imposibilidad de abandonar su lugar de trabajo momentáneamente y la escasa cantidad de enfermeros por banda horaria.

Descripción del método empleado

Cabe remarcar que en ningún momento fuimos convocados por los enfermeros para realizar trabajo alguno, por lo tanto la manera de acercarnos a los mismos debía incluir esta variable. Nos pareció importante trabajar únicamente con aquellos que tuviesen interés de hacerlo.

1ª Etapa

A. Cada enfermero fue invitado personalmente. Se le hacía entrega de una invitación

por escrito y a su nombre en la cual nos presentábamos, explicitando nuestra propuesta de trabajo y la forma de llevarla a cabo.

Convinió con ellos que en el término de una semana volveríamos por su respuesta.

Fue así que sobre una población total de 47 enfermeros al momento de iniciar la investigación, 43 optaron por participar. De éstos entrevistamos a 41 dado que dos de ellos comenzaron su licencia en el momento de las entrevistas. Se abarcaron en la investigación todas las bandas horarias de la semana, incluyendo sábados, domingos y feriados, y todas las categorías profesionales y jerárquicas (enfermero auxiliar, profesional, Jefe de Sala, Supervisor y Jefe de Departamento).

B. A los fines de evaluar el tipo de entrevista a utilizar en la investigación, se trabajó con un grupo piloto de 7 enfermeros elegidos según los siguientes criterios: a. que estuviese representada la mayoría de los Servicios (Salas de Internación de Hombres, Mujeres, Adolescentes, Guardia Externa, Consultorios Externos y Hospital de Día); b. que estuviesen cubiertas todas las bandas horarias (de 0 a 6 hs. de 6 a 12 hs., de 12 a 18 hs., de 18 a 24 hs; incluyendo sábados, domingos y feriados en sus dos franjas horarias: de 0 a 12 hs y de 12 a 24 hs).

Las entrevistas contemplaron dos ejes temáticos: en la primera se hizo un relevamiento de la historia laboral del entrevistado. La segunda entrevista nos permitió rastrear las características del trabajo del mismo en el H.E.P.T.A.

Entrevista piloto (parte I)

a. Datos Generales:

Edad:

Sexo:

Nacionalidad:

Estado Civil:

Provincia o Capital:

Grupo conviviente:

Estudios realizados (1º, 2º, 3º, Universitarios, otros):

b. Antecedentes laborales previos al ingreso al HEPTA:

Descripción y tipo de trabajo:

Motivos de los cambios:

c. Antecedentes laborales desde el ingreso al HEPTA:



Comedor

Hospicio de las Mercedes, 1906

Descripción y tipo de trabajo:
Motivos de los cambios:

d. Trabajo actual en el HEPTA:

¿Qué puesto de trabajo ocupa?

Sector en el que trabaja ¿Desde cuándo?:

e. Otros trabajos actuales:

¿Qué tipo de trabajo realiza?

¿Desde cuándo?

Entrevista piloto (parte II)

1. ¿Cómo se siente en su trabajo?

2. ¿Qué es lo característico de su tarea?

3. ¿Qué obstáculo encuentra en la misma?

4. ¿Qué es lo que más le gusta y lo que menos le gusta?

5. ¿Qué cosas cambiaría? ¿Cómo?

Estas dos partes de la entrevista piloto, de carácter semi-abierto, fueron realizadas en dos veces con un intervalo de una semana cada una. El enfermero era entrevistado individualmente, por uno o dos de nosotros, en su horario y lugar de trabajo.

Los criterios que sustentaron estas entrevistas fueron:

1. Rastrear la vocación del enfermero psiquiátrico.

2. Determinar el grado de capa-

citación que tenían, de acuerdo a su historia laboral y educacional previa, en comparación con el que se necesitaba para cumplir el rol de enfermero psiquiátrico. Contábamos con la información de que algunos enfermeros habiendo trabajado como personal de limpieza en el Hospital y luego de un curso básico de Enfermería Auxiliar ingresaban como personal del plantel de enfermería. Además, sabíamos que varios de los enfermeros que pertenecieron al viejo Htal. General "T. Alvear", luego volvieron cuando este fue reabierto como Htal. de Emergencias Psiquiátricas. Con qué tipo de experiencia específica en su nuevo rol lo hicieron, era una cuestión a investigar.

3. Detectar las características y obstáculos que presentaba el trabajo cotidiano.

C. Una vez realizadas todas las entrevistas al grupo piloto, se procedió a la lectura de las mismas a fin de delimitar el instrumento que nos permitiera abordar al resto del grupo (34 enfermeros).

El análisis de estas entrevistas nos permitió detectar las siguientes problemáticas:

- Pocos enfermeros en los diferentes turnos.
- Falta de reuniones periódicas

Cuadro 1
Turno de enfermería

Sala - Función / Turno		0-6 hs	6-12 hs	12-18 hs	18-24 hs	0-12 hs	12-24 hs	Subtot.	Totales
S. de Hombres	Auxil.		1		1	1		3	6
	Profes.		1		1		1	3	
Guardia	Auxil.		2	1	1	1		5	9
	Profes.		2	1	1			4	
S. de Mujeres	Auxil.	2	3	1		2	2	10	11
	Profes.				1			1	
S. de Adolesc.	Auxil.		1	2		2	1	6	7
	Profes.			1				1	
H. de Día	Auxil.		2					2	2
	Profes.							0	
Cons. Ext.	Auxil.		1					1	1
	Profes.							0	
Rotativos	Auxil.							0	5
	Profes.		3		1	1		5	
		2	16	6	6	7	4		41

entre enfermeros. A su vez entre enfermeros y sus superiores.

- Mala ubicación de los *office* de Enfermería en Sala de Hombres, de Adolescentes y de Guardia.

- Problema de camas "supernumerarias" en la Guardia.

- Sólo 1 enfermero de los 7 entrevistados eligió esta profesión por vocación, el resto lo hizo por los beneficios que le otorga la Municipalidad.

- Falta de conocimientos teóricos y prácticos para trabajar con el paciente psiquiátrico.

- Alto grado de exposición física en relación a los pacientes excitados y/o violentos.

- Contención mecánica a pacientes agresivos, vivida como un acto represivo la mayor parte de las veces.

- Problemas con la puesta de "límites" a los pacientes adolescentes.

- Dificultades para delimitar cuándo realizar una "contención verbal"² ¿Corresponde a enferme-

ría o a los médicos?

- Diferencia entre los que tienen título de "profesional" y los que son "auxiliares"³.

- Necesidad de trabajar con un compañero en el turno para poder protegerse cuando hay un paciente excitado.

- Falta de transmisión de cómo se realiza el trabajo por parte de los más experimentados.

- Falta de reconocimiento del rol del enfermero como integrante del equipo.

- Falta de indicaciones precisas acerca de las estrategias terapéuticas a seguir.

- Falta de contención y cuidado por parte de los supervisores respecto de las licencias, reemplazos, sobrecarga horaria, etc.; de sus subordinados. Éstos describen la relación como "puramente administrativa".

Se le hizo a cada entrevistado una devolución verbal de los resultados de las entrevistas. A los de-

más se los invitó por escrito a incorporarse a la muestra general, comunicándoles lo que habíamos hecho hasta entonces y los próximos pasos a seguir con ellos.

2ª Etapa:

D. Redefinición del instrumento de trabajo.

Para abordar al resto de los enfermeros se modificaron las entrevistas anteriores. Sobre la base de una redefinición del objetivo de la investigación, nuestro interés se centró únicamente en los problemas propios del trabajo cotidiano en el H.E.P.T.A.

La entrevista definitiva quedó diseñada de la siguiente manera:

1. ¿Cómo describe su tarea?
2. ¿Qué es lo que más y lo que menos le gusta de la tarea?
3. ¿Qué cosas cambiaría y cómo?

La primera pregunta apuntaba a

construir el rol del enfermero psiquiátrico a partir de la propia descripción que hacían los enfermeros. La segunda permitiría delimitar aquellos aspectos del trabajo del enfermero que resultaban insatisfactorios como así también aquellos que motivaban el interés por la tarea. Con la tercera nos interesaba rescatar las propuestas de cambio surgidas del propio grupo de enfermeros.

E. Para efectuar las entrevistas acordábamos un día y hora con antelación en el lugar de trabajo de cada enfermero. Para facilitar la toma de datos preferimos efectuarlas, en lo posible de a dos entrevistadores.

3ª Etapa:

F. Como consignamos más arriba el carácter semi-abierto de las entrevistas implicaba que no nos manejáramos con categorías previas. Por esto las variables exploradas surgieron de los mismos dichos de los enfermeros y se tomaron sobre todo aquellas en las que hubo un cierto grado de coincidencia. Nos interesó básicamente el análisis cualitativo debido a que nuestro objetivo era hacer un relevamiento de las características laborales específicas del cuerpo de enfermeros a partir del relato de la experiencia cotidiana de cada uno de ellos. Un ejemplo de esto fue la variable referida al malestar que provocaba contener físicamente a los pacientes. Aquellos que lo mencionaron lo hicieron extensible al resto de sus compañeros y lo destacaron como el elemento del trabajo cotidiano que más insatisfacción les provocaba.

G. Una vez analizadas todas las entrevistas realizamos el informe final de devolución por escrito. El objetivo del mismo consistió en poder informar a cada enfermero los temas que resultaban comunes a sus colegas.

El mismo fue entregado junto con una carta en la que hacíamos una breve reseña de todos los pasos realizados, invitándolos a tener una última entrevista de devolución para acercarles los datos obtenidos. Ambos escritos fueron incluidos en un sobre cerrado, a nombre de cada enfermero y entregado personalmente en el lugar de trabajo.



Comedor

Hospicio de las Mercedes, 1906

H. Se realizó la entrevista individual con cada uno de ellos. Durante la misma se trabajó sobre tres ejes:

1. Los contenidos del informe.
2. El método de trabajo empleado.
3. Efectos de la información obtenida y propuestas de futuros proyectos.

Dado que la mayoría de los enfermeros comentó que le hubiese interesado discutir el informe en grupos decidimos hacer una Jornada, que se realizó en un día feriado, en el Hospital, para concluir de ese modo la tarea de investigación.

Se invitó personalmente al conjunto de los enfermeros del hospital, hubieran o no participado de nuestro trabajo.

Las Jornadas tuvieron como objetivo trabajar sobre:

1. la capacitación del enfermero psiquiátrico. Se realizó una presentación con diapositivas a cargo de un invitado sobre la evolución del rol del enfermero psiquiátrico a lo largo de la historia, para así ubicar el rol del enfermero psiquiátrico en el equipo de Salud Mental⁴.

2. Taller de reflexión con técnicas de psicodrama sobre el informe de devolución que habíamos realizado⁵.

Resultados y análisis de los resultados

La muestra total entrevistada estuvo conformada por 41 enfermeros: 35 mujeres y 6 hombres. Según la categoría de su puesto de trabajo participaron: 26 auxiliares y 15 enfermeros profesionales. Respecto del cargo participaron 4 supervisores, 1 auxiliar supervisor y 1 auxiliar jefe. En referencia a los días de trabajo, 30 trabajan los días de semana y 11 los de fin de semana y feriado. Con respecto al turno de enfermería se obtienen los datos que se transcriben en el Cuadro 1.

I. Descripción de la tarea

Según los resultados obtenidos en función de la primer pregunta ("¿cómo describe su tarea?"), se pudieron delimitar las características del rol del enfermero psiquiátrico, desde la perspectiva del grupo entrevistado.

a. Dentro de los aspectos descriptivos, es necesario destacar que 12 de 41 de los enfermeros consideran a su tarea como "riesgosa". Veamos cómo aparece nombrado esto por los mismos: "contener e inyectar un paciente con excitación psicomotriz es riesgoso y no nos gusta



Enfermero en la Sala

Hospicio de las Mercedes, 1906

nada!"; "dedico la parte más personal de mí... tan mal no me fue... todavía nadie me pegó... pero uno nunca sabe... me parece que en cualquier momento me va a pasar... sé que puede pasar..."; "es bastante riesgosa porque el paciente en sí es peligroso y en plena crisis puede desconocerme, siempre me da ese temor... tengo miedo a ser golpeada"; "estamos muy expuestos, en la sala no tenemos con qué protegernos o cuidarnos... por ejemplo, cuando hay una excitación también queda poco personal en la sala...". De los 41, 9 la definen como "desgastante y movilizante". Por ej.: "no es fácil trabajar con pacientes

psiquiátricos ya que muchos de ellos te movilizan, te tocan; como enfermera dedicás mucha atención, ellos necesitan ser escuchados... A veces hay que aceptar sus agresiones... Es decir, hay que tenerles mucha paciencia..."; "después de hacer una contención física quedo trastornada..."; "el trabajo con adolescentes exige mucha responsabilidad: adictos, suicidios, es muy conflictivo el tema... y muchas veces trabajamos muy desprotegidos..."; "es muy estresante el trabajo, es mucho peso por las contenciones verbales que a veces te tocan... En la contención física uno queda con mucha bronca pero más

ellos, de ahí es que uno se queda con miedo porque te pueden embocar a vos también..."; "evitar que los adolescentes tengan relaciones sexuales nos carga mucho, porque siempre buscan distraerte para poder tenerlas... y cuando los vemos ¿qué hacemos?... No sé quién lo tiene que manejar..."; "el paciente te agrade física y psíquicamente..."; "nosotros estamos las 24 hs con el paciente... Por ejemplo, a la tarde no hay nadie".

En el primer caso se hizo hincapié en el riesgo de ser objeto de agresión física por parte del paciente excitado. En el segundo caso, el énfasis estuvo puesto en el impacto psíquico y emocional que implica estar en contacto con el paciente psiquiátrico durante muchas horas.

b. En el área clínica, para la gran mayoría de los entrevistados, lo que caracteriza la función del enfermero psiquiátrico es el trabajo asistencial con el paciente (34 así lo refieren). Especificando más este aspecto, 23 enfermeros entienden que "la contención verbal al paciente" es característica de su actividad. En cuanto a esta variable observamos dificultades para definir los límites de una "contención verbal": cuándo hacerla y cuándo no; qué decirle al paciente y qué no; en qué momento recurrir al profesional. Algunos entrevistados lo expresan de la siguiente manera: "... charlás con el paciente para ver a quién llamás...; a veces piden por pedir a alguien...; lo más práctico es llamar a alguien..."; "tratar de contener verbalmente con amor... si vemos que no da efecto llamar al profesional médico para que lo evalúe..."; "... no poder o no tener suficiente capacidad para saber bien cuándo están mal o fingen..."; "antes de hacer 'contención verbal' siempre hablar con los profesionales porque no sabemos si le hacemos bien o mal y después los pacientes acusan...". La 'contención verbal' tiene que ser algo coordinado con los profesionales, nosotros no estamos preparados para contener a los pacientes por eso nos pegan a veces. Nos tendrían que capacitar"; "Con nosotros se sienten más escuchados, se vuelcan mucho a enfermería... tienen más confianza, cuentan cosas que les pasan que a los médicos no les dicen...".

Sobre 41 enfermeros, 15 recor-

tan como otra función la de "preparar y dar mediación a los pacientes". Otras tareas mencionadas corresponden a la "realización de la contención física" (8 de 41, de los cuales cabe remarcar que 7 son auxiliares y 1 profesional) y al "conocimiento acerca del estado y evolución del paciente en tratamiento" (6 de 41).

En lo que respecta al personal jerárquico de enfermería (Jefe de Departamento, Supervisores, Jefes de Sala) lo que aparece como característico de su tarea es la "recorrida por los distintos servicios" (lo dicen 3 de 6), "supervisar pacientes problemáticos" (2 de 6); y "supervisar el confort del paciente" (2 de 6).

c. Siendo el *área administrativa* uno de los aspectos fundamentales de las actividades cotidianas de los enfermeros, resulta llamativo el valor poco relevante que se dio a escribir informes (6 de 41), o a escribir hojas de enfermería (3 de 41).

En el caso del personal jerárquico, el total de los entrevistados considera que *su principal función es la administración de recursos humanos* (presentismo del personal, aprobación de licencias por vacaciones y/o enfermedad, francos, control de horarios, distribución del personal en los diferentes servicios, etc.). Otra función que aparece mencionada en menor proporción es la reunión de trabajo con el conjunto de los enfermeros (2 de 6). La queja principal referida en este punto es el alto grado de ausentismo por parte de los mismos.

d. La cuarta *área corresponde a las tareas que extralimitan la función* específica del enfermero psiquiátrico, como ser: realizar tareas de mucama o de asistente social, etc. (7 de 41 de los entrevistados mencionan esta situación).

II. Aspectos satisfactorios e insatisfactorios de la tarea

Con respecto a las variables que se refieren a la insatisfacción o, por el contrario, a la motivación en el ámbito de trabajo, encontramos como significativos los siguientes datos: 24 de los entrevistados encuentran como especialmente insatisfactoria la "*desvalorización*" (esta es la palabra usada en varias entrevistas) de su rol por parte de otros profesionales, ya sea médicos, psi-



Enfermeros en el Comedor

Hospicio de las Mercedes, 1906

cólogos u otros. Transcribiremos algunas de las frases donde esto queda reflejado: "son muy pocas las veces que los médicos escuchan lo que tenemos para decirles de los pacientes..."; "me gustaría que los profesionales sean más comunicativos con nosotros acerca de lo que le pasa al paciente..."; "los médicos nos desautorizan bastante... quizás porque nosotros no tenemos la palabra justa para comunicarnos..."; "cuando les ponemos límites a los pacientes re-internados (que ya conocen las reglas de la institución) no son reconocidos por los profesionales..."; "a enfermería siempre la mandan, los terapeutas son los

dueños, te dejan órdenes todos y resulta que uno está 24 hs con el paciente"; "ampliamente creo que enfermería no es escuchada por los profesionales porque lo que veo en ellos es el 'Yo' puedo, hago, etc. y lo que le dice el 'otro', no sirve..."; "no hay trabajo en equipo con los profesionales y esto trae consecuencias por ejemplo cuando hay un paciente excitado y estás sola. No hay ningún reglamento escrito para esto y sin embargo por tradición lo tiene que hacer enfermería..., a veces pienso que el perfil del enfermero psiquiátrico es el de masoquista...".

Tal desvalorización parece centrarse sobre todo en la poca impor-

tancia que se le da al saber del enfermero con respecto a, por ejemplo, referencias al estado y evolución del paciente, comentarios acerca de los efectos de la medicación, pacientes particularmente problemáticos en especial en los horarios donde no se encuentran los profesionales tratantes, malestar debido a que se sienten desprotegidos en el momento de efectuar la contención física por parte de los profesionales que la indican. Esta desprotección radica en dos aspectos: por un lado, la falta de colaboración en el momento mismo de efectuar la contención física; y por el otro lado, una falta de implicación del profesional con respecto a la misma. Esto es, no se le explica al paciente los motivos de la intervención, y muchas veces el personal de enfermería aparece como el único responsable de la medida tomada.

Consideramos conveniente mencionar aquí, ya que encontramos puntos en común con lo anterior, que los enfermeros afirman que no existen criterios unificados para el abordaje terapéutico del paciente, ejemplificándose esta dificultad como contradicciones entre los criterios de atención de enfermería y de los profesionales.

Las dificultades en la comunicación no sólo se dan entre enfermeros y otros profesionales. Como demuestran los datos extraídos, 15 de los entrevistados señalan como dificultoso el hecho de que no haya especificidad entre los roles de enfermeros *profesionales* y *auxiliares* (de estos 15, 8 son auxiliares y 7 profesionales). Algunos dichos al respecto: "Yo cerraría las escuelas de auxiliares porque si bien hay muchos que tratan de progresar otros se sienten resentidos con los supervisores y con los jefes..."; "los auxiliares no tienen la preparación ni responsabilidad de un enfermero profesional porque en 9 meses no se cubre la formación...", la idea es que todos tengan el mismo nivel"; "... que se estudie para que seamos todos iguales y no haya tanta competencia..."; "... que se unifique, que el hospital lo apoye, si vos te perfeccionás nadie te puede tener haciendo lo que no te corresponde..."; "Yo sacaría el nivel de auxiliar. Tendrían que ser todos profesionales que dependan de universidades. La escuela te forma

para moverte, no para pensar. Si te movés todo el día sos bárbaro si te sentás en la cama a hablar con el paciente, (para tus compañeros) 'te hacés el psicólogo'..."; "...no me gustan las personas que porque tienen títulos te lo hacen notar..."; "Las tareas de auxiliares no existen. Acá todos los enfermeros auxiliares hacen lo mismo que un enfermero profesional...".

Doce de 41 de los entrevistados manifestaron dificultades en su "relación con el personal jerárquico de enfermería". El reclamo en este caso es debido a que se hace mayor hincapié en la supervisión de tareas administrativas que en la atención de las problemáticas del personal.

Para finalizar con la mención de aquellos aspectos más insatisfactorios de la tarea, otro dato que surge es el de la "falta de formación teórica y recursos técnicos" para poder llevar adelante con suficiencia las funciones que hacen al rol. Sólo 6 casos sobre el total de los enfermeros mencionan falencias al respecto.

La "tarea asistencial" es lo que se nombra como más motivante en el trabajo (27 de 41). A 10 de 41 les resulta satisfactorio "ver la mejoría del paciente" durante su estadía en el hospital. Una pregunta que nos hacemos es, teniendo en cuenta el ítem de desvalorización antes mencionado, cuántos enfermeros se sienten partícipes de esta mejoría.

Siete de 41 encuentra como lo más positivo el hecho de "poder trabajar en equipo con los profesionales".

Para finalizar, 6 consideran que lo que más le gusta de su trabajo es la "buena relación que puede establecer con sus compañeros".

III. Modificaciones propuestas a la tarea

Si bien aparecieron gran cantidad de propuestas, nos centraremos en aquellas que mayor consenso obtuvieron. En primer lugar aparece como necesidad la "realización de reuniones de equipo entre enfermeros y profesionales" (26 de 41). El fin de estas reuniones sería la creación de un espacio para pensar criterios unificados en el abordaje terapéutico del paciente, respetando la diferencia de roles. Por ejemplo: muchos enfermeros dicen que su intención no es modificar la do-

sis o tipo de medicación, función que le corresponde al profesional médico, pero sí que debería ser más escuchada su información acerca de los efectos de la medicación, dado que el enfermero es el que más tiempo está con el paciente.

Dieciséis de los entrevistados quisiera que su "relación con el personal jerárquico de enfermería fuese diferente". Esto se relaciona con lo anteriormente mencionado en el ítem sobre los aspectos insatisfactorios de la tarea (queja de los enfermeros sobre la poca atención a sus problemáticas).

Otro importante grupo de enfermeros, 14 en total, reconoce fallas en su "formación profesional" y estaría interesado en recibir mayor capacitación específica sobre cómo tratar a un paciente psiquiátrico (charlas, cursos y otros tipo de actividades formativas).

La "falta de claridad en las reglas de los servicios" aparece como preocupación por parte de los entrevistados. Algunos ejemplos que grafican esta problemática son: existe la regla que prohíbe a los internados usar el teléfono, salvo autorización previa del profesional tratante. El problema surge cuando enfermería no es notificada de esta situación y hace cumplir la regla, generándose un conflicto con el paciente. Otro caso se da con el horario de encendido de la TV en la sala de internación. A veces las excepciones a este horario no son claramente explicitadas.

Por último, 8 de 41 del total proponen "realizar grupos de reflexión sobre la tarea", dada las características de la misma (riesgosa, desgastante, etc.).

Conclusiones

1º La metodología utilizada para la aproximación exploratoria a las problemáticas de los enfermeros psiquiátricos permitió maniobrar con tres de los principales problemas que se presentaban antes de empezar la investigación, a saber:

1.a. la dificultad de abordar a los entrevistados en forma grupal. La misma radicaba en la distribución en bandas horarias fijas, la imposibilidad de abandonar su lugar de trabajo momentáneamente y la escasa cantidad de enfermeros por turnos.

1.b. las experiencias previas de trabajo que se habían realizado con los enfermeros del H.E.P.T.A. (grupos de reflexión, encuestas, etc.); al momento de inicio de esta investigación aparecían registradas por éstos como "trabajos que se hacían con ellos pero que nunca habían sido concluidos, sin obtener beneficio alguno..."

1.c. el grupo de enfermeros se caracterizaba por la deserción a la hora de realizar actividades en horarios que no fueran los de trabajo asistencial.

1.d. encontramos que el método empleado propició un marco de continuidad y privacidad entre los entrevistados y nosotros. Es importante destacar que no se registraron deserciones a lo largo del trabajo, y que a contrariamente con otras oportunidades se estableció un clima de mutuo reconocimiento.

2º A partir de los datos obtenidos acerca de las problemáticas de los enfermeros psiquiátricos, pudimos pensar una jerarquización de las mismas.

Sabemos que cada sala tiene dificultades específicas (el problema de camas "supernumerarias" en Guardia, el trato con adolescentes en la Sala de Adolescencia, etc.); sin embargo, nos pareció importante explicitar aquellos datos generales más significativos.

Por ejemplo, la tarea asistencial aparece como el eje central del trabajo cotidiano, dato que se corresponde con el hecho de que es esta misma tarea la que más le gusta realizar a la mayoría. Dentro de la tarea asistencial se recortan las siguientes áreas:

2.a. *área descriptiva*: La tarea es definida como riesgosa, esto es, los enfermeros refieren por un lado ser objeto de agresión física por parte del paciente excitado y por el otro refieren el impacto psíquico y emocional que implica estar entre 6 y 12 horas en contacto con el paciente psiquiátrico.

2.b. *área clínica*: Principalmente hacen referencia a la "contención verbal" y a la contención física. La primera genera problemas al grupo entrevistado ya que no quedan determinados los alcances y limitaciones de la "contención verbal" (cuándo hacerla y cuándo no, hasta dónde, etc.) como así tampoco a quién le corresponde realizarla. ¿Es función del enfermero o del psicó-



Sala de clínoterapia

Hospicio de las Mercedes, 1906

logo? ¿Es como una "psicoterapia breve"?

2.c. *área administrativa*: Escribir los informes diarios de evolución de los pacientes o en libro de enfermería, tareas que ocupan gran parte de su tiempo, recibieron muy escasa mención.

2.d. *tareas que extralimitan la función específica del enfermero* (realizar trabajo de mucama, ser la secretaria del médico, etc.) son parte del trabajo cotidiano que, en muchos casos, intentan dejar de realizar.

Paralelamente a esto, un importante número de enfermeros refiere fallas en su capacitación específica para llevar adelante su tarea asistencial.

Dado que por "tarea asistencial" se entiende tanto el trabajo con el

paciente como el intercambio de información con los profesionales, y que aquello que más insatisfacción produce es la "desvalorización" del rol del enfermero, encontramos que es una variable a pensar, justamente, que la propuesta de cambio que más adhesión obtuvo en el grupo de entrevistados haya sido la realización de reuniones de equipo con profesionales.

3º Además de los puntos vinculados al método empleado en nuestra investigación y a la caracterización que hacen los enfermeros de su tarea y sus problemas, el tema que nos resultó más importante es aquel relacionado con la "desvalorización". Reconocemos en estos tres niveles posibles de análisis.

3.a. El primero sería referido al

sentimiento de desvalorización⁶ provocado por la falta de reconocimiento del rol del enfermero dentro del equipo de Salud Mental. Este fue uno de los presupuestos a partir de los cuales habíamos iniciado nuestro trabajo.

3.b. Otro nivel, no tenido en cuenta *a priori*, es el relativo a la desvalorización dentro del mismo grupo de enfermeros. Esto es, entre enfermeros "profesionales" y enfermeros "auxiliares". Los primeros hacen mención a aquellas tareas que sólo les competen a ellos y que no estarían autorizadas para el nivel de auxiliar "según el reglamento". Asimismo los auxiliares afirman que desde la práctica cotidiana no hay diferencias reales entre su trabajo y el de los enfermeros profesionales. Ambos grupos toman como modelo la Ley de ejercicio de enfermería y su reglamentación. Es interesante observar que, en dicho texto, no aparece discriminada la espe-

cificidad de la enfermería psiquiátrica como un área con características específicas. Más bien las diferencias de roles están claramente basadas en lo que sería el quehacer del enfermero en el campo de la clínica médica. Esto nos lleva a preguntarnos cuál es el sustento de estas diferencias del rol de los "profesionales" y de los "auxiliares", en el campo de la Salud Mental.

3.c. Un tercer nivel a tener en cuenta no surge explícitamente de los dichos de los enfermeros, pero lo planteamos como una posible lectura del tema. Tiene que ver en cómo se inserta en el campo de la salud el trabajo específico en Salud Mental. Considerando que muchos de los enfermeros provienen de trabajos relativos a la clínica médica, considerando las características del reglamento antes mencionado y que varios de los enfermeros (sobre todo aquellos que ocupan cargos jerárquicos en el

H.E.P.T.A), provienen del antiguo Hospital General de Agudos "T. de Alvear", nos preguntamos si esta desvalorización no tiene sustento en un terreno más amplio, relativo a la valorización social del trabajo a realizar. Se sabe, dentro del ambiente, que es más prestigioso ser un enfermero de UTI, por ejemplo, que un enfermero psiquiátrico. Ahora bien, ¿esta valoración no aparece reflejada en otras categorías profesionales? Por ejemplo: médico cirujano/médico psiquiatra; psiquiatra/psicólogo; etc.

Retomando las propuestas planteadas por los enfermeros, creemos que un posible trabajo a realizar para intervenir sobre esta problemática sería la implementación de programas de capacitación para enfermería psiquiátrica, como así también la realización de reuniones interdisciplinarias de modo tal de lograr una inserción activa en el Equipo de Salud Mental ■

Bibliografía consultada

- Arenas, S., Cancelare, S., Gómez, J., *Suicidio en la adolescencia: Acciones de enfermería*, trabajo mimeografiado (presentado en el "V Congreso Interinstitucional de Psicopatología y Salud Mental"), 1993.
- Dejours, Ch., *Trabajo y desgaste mental. Una contribución a la Psicopatología del Trabajo*, Buenos Aires, Ed. Humanitas, 1990.
- Figueroa, A., Ponweiser, G., Quiroga, I., *Importancia de la enfermería en la atención del paciente psiquiátrico*, trabajo mimeografiado (presentado en el Jornadas de enfermería psiquiátrica en el Hospital "J. T. Borda"), 1994.
- Ramírez, R., Vega, A. y otros, *Una experiencia de integración*, trabajo mimeografiado (presentado en el "V Congreso Interinstitucional de Psicopatología y Salud Mental"), 1993.
- Rojas, C., Pose, P., *Drogadicción. Rol de enfermería frente al paciente adicto*, trabajo mimeografiado (presentado en el "V Congreso Interinstitucional de Psicopatología y Salud Mental"), 1993.
- Tumas, D., *¿Trabajadores de enfermería psiquiátrica o psiquiatras?* Beca de Perfeccionamiento, Facultad de Psicología (UBA). Informe Final (1991).
- Wisner, A., *Ergonomía y Condiciones de Trabajo*, Buenos Aires, Ed. Humanitas, 1988.
- Wlosko, M; Ros, C., *La vivencia subjetiva del trabajo en personal de enfermería*, *Anuario de Investigación de la Facultad de Psicología (UBA) N° 3 (1992-1993)*.

Notas

1. Este trabajo fue presentado por sus autores ante la dirección de Capacitación de la Municipalidad de Bs. As. como proyecto de investigación equivalente a la rotación de A.P.S correspondiente al tercer año de la Residencia de Psicopatología y Salud Mental.

2. El término "contención verbal" es usado frecuentemente por el personal de enfermería para aludir a la tarea de "hablar con el paciente", "escucharlo", "brindarle afecto", "evaluar si es necesario convocar a otro profesional del equipo de salud", etc.

3. *Ley de ejercicio de la enfermería N° 24.004 y su reglamentación*. Capítulo I, Artículo 3ro.: Reconócese dos niveles para el ejercicio de la enfermería:

a) Profesional: consistente en la aplicación de un cuerpo sistemático de conocimientos para la identificación y resolución de las situaciones de salud-enfermedad sometidas al ámbito de su competencia;

b) Auxiliar: consistente en la práctica de técnicas y conocimientos que contribuyen al cuidado de enfermería, planificados y dispuestos por el nivel profesional y ejecutados bajo su supervisión...

Capítulo II, Artículo 5to.: El ejercicio de la enfermería en el nivel profesional está reservado sólo a aquellas personas que posean:

a) título habilitante otorgado por universidades nacionales, provinciales o provin-

das reconocidas por autoridad competente:

b) título de enfermero otorgado por centros de formación de nivel terciario no universitario, dependiente de organismos nacionales, provinciales o municipales, o instituciones privadas reconocidas por autoridad competente;

c) Título, diploma o certificado equivalente expedido por países extranjeros, el que deberá ser revalidado de conformidad con legislación vigente en la materia ó los respectivos convenios de reciprocidad.

Artículo 6to.: el ejercicio de la enfermería en nivel auxiliar está reservado a aquellas personas que posean el certificado de auxiliar de enfermería otorgado por instituciones nacionales, provinciales, municipales o privadas reconocidas a tal efecto por autoridad competente. Asimismo podrán ejercer como auxiliares de enfermería quienes tengan certificado equivalente otorgado por países extranjeros, el que deberá ser reconocido o revalidado de conformidad con la legislación vigente en la materia.

4. Esta nota estuvo a cargo del Dr. Juan Carlos Stagnam.

5. Esta nota estuvo a cargo de la Lic. Laura Werninger y colaboradores.

6. Entendemos que a partir de este concepto se abren nuevas líneas de investigación en lo que hace al estudio de las problemáticas específicas del enfermero en el equipo de Salud Mental.

El trabajador social en el ámbito de la Salud Mental



Dora García

Lic. en Trabajo Social. Psicóloga Social. Sanitarista, Directora de Psicodrama. Prof. Titular de Teoría de los Grupos y Técnicas Grupales y Nivel de Intervención Comunitario e Institucional de la U.N.L.M. Prof. Adjunta de Salud Mental, Facultad de Medicina U.B.A. Barrio Gral. Savio. Torre 8 Piso 12 Dto. 73 Capital. Bs. As. Argentina. 1439. Tel/Fax: 638-6808

*"... aunque el mundo siga yirando
a los tumbos
aún vale la pena jugarse y vivir"
Eladia Blazquez*

Introducción

El propósito de este trabajo es abrir algunas reflexiones sobre el rol del Trabajador Social, hoy, en los servicios de Salud Mental. Reflexiones necesarias para continuar produciendo conocimientos que alimenten nuestras prácticas.

En primer lugar, para aquellos que no pertenecen a la profesión, se hará un rápido recorrido histórico del papel del trabajo social en general, para poder visualizar la construcción del rol hasta la actualidad. Tal vez, este recorrido ayude a comprender la génesis de la tarea y el sentido de las intervenciones. En segundo lugar, se describirá, someramente, el marco coyuntural de la salud mental en nuestro medio. En tercer lugar, se analizará específicamente el nivel de intervención del trabajo social en el área de la Salud Mental y, por último, se darán algunas conclusiones abiertas para polemizar con el colectivo profesional.

Aproximación histórica

La práctica del Trabajo Social, en sus orígenes, fue estructurada y enmarcada por organizaciones religiosas, que fundamentaron su accionar en los valores de la época: aceptación del mundo como un designio de Dios; como algo inmutable. En ese contexto el Trabajador Social tenía como misión el control social de la familia para ajustar su comportamiento a las exigencias del orden establecido. Esta etapa se caracterizó, fundamentalmente, por la caridad, la beneficencia y la filantropía como actitudes dominantes de los trabajadores sociales que ayudaban de esta manera a los gobernantes a ejercer su poder frente a quienes, con sus problemas y exigencias, ponían en peligro la estructura social.

Se crearon así numerosos asilos, orfanatos para lisiados, para enfermos mentales, para ancianos, etc. Este asistencialismo tuvo su explicación, por un lado, por la época de transición que necesariamente generaba problemas sociales y, por el otro, por el predominio ejercido por la Iglesia Católica y su doctrina, según la cual el Estado era producto de Dios. Esta concepción ha primado históricamente en el Trabajo Social como profesión y es una de las causas principales, aún hoy, de su vigencia como técnica al servicio de las clases dominantes.

Toda esa época se tiñó, según lo define Faleiros(2) de una ideología liberal cuyo objetivo era la promoción del bienestar humano como una obligación muy importante del mundo de



la post-guerra. Este objetivo revelaba a nivel latente un a-historicismo, universalismo, humanismo; es decir, se trataba del bienestar universal, sin ninguna vinculación con la realidad. Por lo tanto escondía una concepción estática del mundo; y consideraba al humanismo como una igualdad natural entre los hombres. Esa sociedad perfecta como modelo ideológico exigía la disminución de conflictos para que todo permaneciera en equilibrio.

Siguiendo esa perspectiva asistencialista se partía de la carencia individual, de un problema social específico que aquejaba a la persona y se actuaba en consecuencia, buscando las causas para detectar una solución. En ese caso la actuación profesional instrumentalizaba al cliente para pedir y/o aceptar los recursos disponibles, desligándolo totalmente del contexto. En general las respuestas eran, en la mayoría de los casos, paliativas, y de auxilio. El Trabajador Social (T. S.), a nivel metodológico abordaba el problema como un Caso Social Individual y, generalmente, llevaba a cabo un seguimiento.

La Teoría Social que apoyaba este enfoque y que, aún hoy lo hace, es el Funcionalismo, cuya posición ideológica es la *neutralidad*: no juzgar, no involucrarse, en definitiva, aceptar pasivamente el sistema. "El funcionalismo busca la integración del hombre al medio y tiene como

base el equilibrio de las tensiones en la unificación social de todos los roles. El obrero tiene que ser un buen obrero y el patrón un buen patrón. El control social es ejercido a través de las sanciones impuestas a los desviados. Esta concepción parte del postulado de que el sistema es bueno y sólo presenta disfunciones que se deben corregir cambiando al hombre y a su medio inmediato (...). El funcionalismo no niega, de manera explícita, los conflictos sociales; sino más bien los admite, pero como fenómenos locales que no deben hacer dudar del sistema en sus principios básicos(3)".

El proceso histórico continuó con la tecnificación del asistencialismo, período en el cual las ciencias lograron mayor auge, sobre todo las relacionadas con el hombre. Es así como el trabajo social comienza a considerar como objeto de estudio, no sólo al hombre sino también su medio, es decir, el espacio físico y social que lo rodea. Los problemas presentaban cierta similitud en su aparición y forma de manifestarse, porque la génesis de los mismos era de la misma naturaleza: de índole estructural. El trabajo social se dedicó sólo al plano de las manifestaciones exteriores, sin incursionar en las causas ni en las relaciones internas; técnicamente elaboraba tipologías y estereotipos de los problemas, que en realidad eran totalmente aparentes.

La agudización de las contradicciones de clase en América Latina ha traído como consecuencia innumerables problemas, cuya solución se buscó de diversas maneras; una de ellas fue la implementación de políticas asistenciales diseñadas por el capitalismo que, para su operatividad, requerían de servicios sociales organizados y de personal capacitado a tal efecto. Se atendían problemas de promiscuidad, de hacinamiento, de desnutrición, que causaban enfermedades de carácter social. El T. S. se desempeñaba como una especie de auxiliar, controlador del médico para desarrollar un mayor tratamiento de las enfermedades.

En la década del '50, E.E.U.U. inicia una amplia planificación socioeconómica con el objetivo de acumular capitales tendientes a estabilizar el sistema, gravemente afectado por las dos guerras. Dentro del país fueron rápidamente implementados esos planes, pero a nivel de Latinoamérica, no fue tan fácil. Necesitaba extraer de los países de la región las materias primas y los recursos naturales que promoviesen su desarrollo y lo afirmaran como polo hegemónico del capitalismo mundial. Para justificar esa extracción, vendía una imagen de país benefactor y protector, siempre dispuesto a ayudar a los países de América Latina que no contaban con los recursos necesarios para implementar políticas sociales.

Ellos crearon a partir de organismos internacionales, mecanismos de ayuda y cooperación –que culminaron con la Alianza para el Progreso– con el propósito de poner freno a los focos revolucionarios que comenzaban a organizarse a la luz de la Revolución Cubana. Nuevamente la Teoría Funcionalista detrás del equilibrio. El trabajo social para esta época tenía una orientación *aséptica*, debía ser cada vez más científico, pero desprovisto de todo compromiso ideológico. Estaba ausente de todos los movimientos políticos y sólo se preocupaba por el ajuste de sus "clientes" (individuos, grupos o comunidad) a una determinada estructura social: el subdesarrollo y la dependencia.

Ideológicamente, este momento histórico, estuvo atravesado por la teoría económica del Desarrollismo, el cual defendía las ideas de la modernización, democratización, desarrollo de técnicas y de planifi-

cación. De esta manera se rompía con una visión de la sociedad estática, que suponía una serie de etapas o escalones que iban del subdesarrollo al desarrollo, en forma gradual, organizada y con la participación de la población. Participación que no se refería a la toma de decisiones sino simplemente a la acción, con lo cual sólo ofrecía una participación simbólica. Se excluye desde esta postura la lucha de clases y se acepta al Estado como neutral.

Las funciones del T. S. eran reducir los conflictos, ejercer influencia para inducir la institucionalización del cambio y promover actitudes para el desarrollo. El Estado aparecía como garante y el trabajo social tenía como referencia el plan propuesto por el gobierno y los problemas eran unificados por el Estado, dentro del plan. Esta visión del mundo se articuló con los órganos del poder y se consideró al sistema modificable por partes, pero bueno en sí mismo. En ese período era fundamental organizar a las masas para el cambio y para garantizar el desarrollo industrial pacífico.

Los T. S. que vivimos esos momentos creímos en esas propuestas. Pensábamos que realmente nos convertiríamos en los famosos "agentes de cambio"; pero fue sólo gatopardismo, intentar el cambio para que nada cambie. La profesión ya contaba con otros métodos: el Trabajo Social de Grupo, que adquiere un carácter más terapéutico que a sus principios, cuando era solamente recreativo, perfeccionado por los aportes de la psicología social, la dinámica de grupos y la antropología psicoanalítica; y el método de Desarrollo de la Comunidad, incipiente en su implementación.

En la década del '70, el movimiento de reconceptualización del Trabajo Social buscó la vinculación con los movimientos populares y sus luchas, propios de la época, criticando la ineficacia y el carácter adaptativo de la acción profesional frente a los problemas sociales. El Trabajo Social comienza entonces a hacerse científico, al intentar indagar sobre las relaciones causales de las necesidades con las que se enfrenta; es decir, cuando se preocupa por conocer la esencia de los problemas que se le ofrecen como objeto de estudio e intervención, para encontrar en ellos las contradicciones que los expli-



quen. En esta etapa se produce el auge del trabajo en comunidad.

La ideología revolucionaria que caracterizó a esta época se gestó en la lucha de clases, en la que tuvo un papel central la contribución del Materialismo Histórico como referencia teórica. El objeto del trabajo social era definido a partir de las contradicciones concretas del modo de producción capitalista. Los T. S. parados en el centro de esas contradicciones podían llegar a la intervención profesional, a la acción social. Ésta se constituyó desde el compromiso concreto con una praxis de transformación del sistema por medio de la vinculación e interacción con las organizaciones populares.

Problemática actual

Atravesamos una época de reconceptualización, luego de pasar por la terrible etapa de la dictadura militar, en la cual perdimos excelentes compañeros, prácticas sociales, nuevas teorías, otros deseos, etc. Con el retorno a la democracia se vuelven a traer a la escena viejos cuestionamientos de los '70, otros de los '80 en un país que desconocíamos, y en los '90, con las políticas de ajuste y la aplicación económico-política del neoliberalismo, entramos en la "crisis de la materialidad(7)". Paulo Netto plantea que

ésta agobia a los T. S. porque somos los mediadores entre las demandas del usuario y los límites y las políticas rígidas de las organizaciones en las que nos inscribimos. En general, cuando la población busca un T. S., lo hace no sólo para recibir un apoyo emocional o información, sino fundamentalmente, para una orientación en relación a la obtención de un recurso. Recurso que, casi siempre, es material. En estos tiempos que corren, donde las políticas sociales no se consideran, donde prácticamente no se distribuyen recursos para la salud, el espacio profesional es muy difícil de sostener, aunque no imposible. Nos encontramos frente a un campo de tensión donde se producen distintas reacciones por parte de los T. S.

Una es la posición de aquellos desilusionados de la profesión que ponen todo el problema en la ineficacia de la organización y por lo tanto concluyen en que "no hay nada que hacer". Entonces se adaptan, se conforman y siguen trabajando en los márgenes que la institución les otorga. De esta manera, la situación de tensión se hace cada vez menos dolorosa. Otra es la de aquellos que visualizan el conflicto claramente y por lo tanto sufren un proceso de desencanto, de descontento. Desde una actitud ética plantean permanentemente la crítica, la denuncia de los hechos, con lo cual

para la organización pasan a ser el sector conflictivo en lugar de avanzar en ganar espacios institucionales para el desempeño de su rol.

Por último, están los que trabajan estratégicamente, negociando, abriendo espacios a favor del rol profesional. Éstos son los que luchan permanentemente instituyendo nuevas modalidades de abordaje, sin desconocer el análisis coyuntural de la realidad, la modificación de las contradicciones, etc. En estos casos, el campo de tensión, sobre todo en la actualidad, requiere de espacios de reflexión o grupos de autoayuda para elaborar las situaciones cotidianas de angustia.

Referentes teóricos

Describiremos ahora el marco teórico que sostenemos en relación a la Salud Mental y los ámbitos en los que se desarrollan sus actividades, como así también, presentaremos una síntesis coyuntural de la problemática de Salud Mental hoy.

En el campo de la Salud Mental, históricamente se han producido prácticas asistenciales hegemónicas tomadas de la psiquiatría, cuya meta principal estaba basada en el tratamiento curativo de los enfermos mentales que terminaban, en realidad, convirtiéndose en pacientes crónicos y ocupando las camas de los hospitales psiquiátricos de por vida. El referente teórico que sustentaba este modelo era el positivismo; todos aquellos desviados de la norma, debían ser recuperados para mantener el orden social.

A partir de los '90 con el movimiento denominado "Red de Salud Mental", se cuestiona el sistema manicomial y el enfoque curativo propiamente dicho, proponiéndose, en cambio, servicios de atención descentralizados en hospitales generales, en centros de salud comunitarios y hasta desarrollos encuadrados en la teoría de la desmanicomialización, llevada a cabo en algunos países de Europa. Es así como la salud mental entra a convertirse en tema de discusión en el espacio de la vida cotidiana de nuestra población, y su tratamiento ya no compete sólo al ámbito hospitalario, sino que sus prácticas se trasladan a otras instituciones como la escuela, tanto primaria como secundaria, a

los tribunales, a las empresas, a los centros de participación barrial.

Históricamente ha existido una preocupación por el cuidado de la salud en general; pero en las últimas décadas, esa preocupación se ha extendido a lo "mental", buscando la integralidad y no la dicotomía: mente-cuerpo. Gracias a los aportes del psicoanálisis, la antropología y la psicología social, entre otros, se ha podido superar el viejo concepto de *Higiene mental*, por lo cual entendemos hoy a la salud mental como un proceso histórico y social en el que las personas participan según sea su inscripción en el modelo productivo y su capacidad de adaptación activa a la realidad que las circunda. Es una relación dialéctica mutuamente transformante con el contexto, que además implica el desarrollo de una conciencia crítica. De ahí que surja una visión del hombre y del mundo en sus condiciones concretas de existencia y que éstas sean las que determinan la conciencia y la subjetividad.

E. Pichón Riviere(8) fue un pionero en el estudio de las situaciones manicomiales y desde esa perspectiva priorizó el vínculo como aquel factor que da cuenta de la dialéctica entre sujetos, privilegiando la interacción; la experiencia concreta con el objeto, que actúa en relación al sujeto como elemento eficaz en la constitución de la dimensión intrasubjetiva. Al hablar del sujeto como constituyéndose en un interjuego dialéctico con el mundo, teniendo a la contradicción necesidad-satisfacción como motor, lo considera no sólo ente relacional, sino también actor, productor, protagonista de su historia vincular y social. Es sujeto del proyecto, de la creación, es totalidad-totalizante. A partir de su concepto de "enfermedad única" y de "policausalidad" de factores operantes en la constitución del mundo interno, la enfermedad mental dejó de ser algo abstracto y la persona pasó a ser considerada como inseparable de su propio contexto social.

En el Departamento de Salud Mental de la Facultad de Medicina, hemos adoptado una definición propia de Salud Mental muy amplia que incorpora el concepto de interdisciplina, fundamental para las prácticas en este campo. Dice así:

*"Estado de relativo equilibrio e integración de los elementos conflictivos constitutivos del sujeto de la cultura y de los grupos—equilibrio e integración progresivos; con crisis pre-
visibles e imprevisibles, registrables
subjetiva u objetivamente— en los
que las personas o los grupos partici-
pan activamente en sus propios cam-
bios o en los de su entorno social(4)".*

De alguna manera, en esta definición se hace referencia a las vivencias psicológicas y emocionales que van construyendo la subjetividad de las personas y al protagonismo que éstas desarrollan en el nivel individual, grupal o comunitario, como así también nos muestra la infinidad de variables a tener en cuenta en el proceso de salud-enfermedad y, por lo tanto, nos abre la puerta a un espacio de reflexión interdisciplinario. Por último, nos plantea, al mismo tiempo, el desarrollo de prácticas sociales de un carácter indefectiblemente político, donde se juegan múltiples relaciones de poder basadas en la correlación de fuerzas del contexto social e institucional.

La década que estamos transitando nos muestra en el área de la Salud, profundas transformaciones en lo socio-cultural. A tal punto que las leyes del mercado, la economía neoliberal, han inundado la subjetividad de los argentinos. Su rasgo más preponderante es la velocidad con que se producen los cambios en todas las áreas: en la producción, en la tecnología, en la cultura, en las nuevas relaciones sociales. Esta velocidad provoca desequilibrios muy fuertes en los vínculos interpersonales.

El cambio más significativo es el que abarca los proyectos colectivos y las propuestas de transformación global de la sociedad. La gente ha dejado de participar en acciones grupales, para dedicarse a prácticas más individualistas que valoran mucho más el cuidado del cuerpo y la personalidad. Pareciera necesario mantenerse vital en una sociedad que se mueve a partir de un modelo de estricta competencia. Estos cambios están atravesando el campo de la Salud Mental y ya se vislumbran otras prácticas.

En otros tiempos, los pacientes que concurrían a Servicios de Salud Mental, lo hacían para encontrar un espacio de reflexión sobre su historia y así comprender su presente. Hoy, se presentan buscando salidas a problemáticas sociales como la

desocupación, la violencia familiar, la bulimia y la anorexia, la drogadependencia; patologías propias del final de siglo. También es posible observar empíricamente un aumento marcado de la incertidumbre, la angustia y las expresiones familiares de maltrato cotidiano. La creatividad se paraliza y se producen desarreglos en la autoestima a consecuencia de la desocupación

Los planes de ajuste y la globalización "no sólo son percibidos por los *sin voz* como *otra vez más de lo mismo*, sino que ellos producen consecuencias psicosociales en dicha población que no sólo no alimentan la salud física y mental, sino que, -lo que es peor aún- alimentan la enfermedad (...). Hay hambre de comida, pero también hay hambre de protección, de esperanza, de confianza, de salud, de potencia, en definitiva, hay hambre de ser(9)".

En esta realidad "el rol como categoría, sintetiza las diferentes conductas del individuo que las instituciones requieren para cumplimentar sus necesidades, siempre relativas a una estructura social concreta (...). Ahora bien, el rol prescrito por la institución recorta con límites variables las conductas que los individuos deben realizar según su posición en la estructura(5)".

Si el T. S. se hace cargo del discurso, las normas y pautas instituidas como inmodificables en el ejercicio de su rol, pierde la especificidad profesional en un conjunto de prácticas burocratizadas que no le permiten un nivel de eficiencia en la acción y además disminuye su competencia profesional con respecto a otras prácticas disciplinares.

Las nuevas demandas del presente como el incremento de las enfermedades psicosomáticas, (locuras del cuerpo); el aumento de compromisos orgánicos-funcionales, (hipocondrías, somatizaciones); el crecimiento objetivo de la delincuencia; los suicidios, (relacionados con la incertidumbre y el desamparo); las adicciones a drogas y el alcoholismo (recursos para huir del conflicto y excluir el sufrimiento); el incremento acelerado del SIDA, (asociando la fantasmática de muerte a la sexualidad); los hechos de violencia pública y privada que instalan espacios de riesgo en los jóvenes, mujeres y niños; necesitan de la intervención no sólo del T. S.,

sino de un equipo interdisciplinario, por la complejidad de las patologías.

Sabemos que una sola mirada sobre la realidad de una familia, un grupo o una comunidad, no alcanza a dar respuestas. Es imprescindible abordarlas con la participación de todos los actores sociales: pacientes, profesionales, auxiliares, instituciones, políticos, etc. Al respecto, escuchamos hablar diariamente de multidisciplinaria e interdisciplinaria como sinónimos. En la primera, se toma el aporte de distintas materias, conocimientos, disciplinas, pero no se crea el "inter", que viene de interacción, viene de suma y no de adición. Juntarse no es condición suficiente, sino sólo necesaria; habrá que ver si a mediano plazo se logra estipular un marco conceptual común o no. Este marco no puede ser una suma ni combinación de lo que aporta cada disciplina, sino conformación conceptual nueva.

El problema está en los límites entre las disciplinas. Ellos no están del todo claros; sea por una insuficiente delimitación de los objetivos teóricos o por la aproximación que existe con los objetivos reales a que esas disciplinas hacen referencia. El tema surgió como forma de resolver ciertos problemas prácticos concretos y complejos, como la salud mental, por ejemplo. A nivel de la práctica aparece como un camino apropiado para avanzar sobre realidades que desbordan el campo disciplinar. Por ello, es requisito indispensable la integración de los enfoques disciplinares en la resolución de un problema y esto opera a través de una larga y difícil construcción colectiva.

Lo que tiene que quedar claro es que todo estudio de la realidad es un recorte, pero un recorte de más de una manera; y ese recorte no sigue una concepción científica sino una ideología personal. Este es uno de los requisitos más importantes que hay que tener en cuenta cuando uno entra a estudiar una realidad compleja y sobre todo cuando intenta formar un equipo interdisciplinario. La mayor dificultad está en los sujetos interactuantes del equipo, en la comprensión y los vínculos que se construyan en función de la tarea; es posible que se transforme en un campo de estricta competencia y lucha por el poder.

En Trabajo social el tema no es

nuevo y tampoco todos sus profesionales fueron interpelados por lo interdisciplinario. Sin embargo, ha habido avances lentos que fueron defendidos por aquellos más comprometidos en su formación teórico-práctica y en su inserción en el campo de la Salud Pública junto a los sectores populares.

Para desarrollar las prácticas de Salud Mental, además del trabajo interdisciplinario es necesario compartir un paradigma en salud; desde nuestra experiencia acordamos con la estrategia de Atención Primaria de la Salud (A. P. S.), aplicable a los tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria, y con sus tácticas fundamentales: la educación popular y la participación real de la comunidad en la resolución de los problemas.

Cuando se opera en el campo de la Salud Mental en el nivel primario, se está operando preventivamente; en el nivel secundario, la patología está comenzando: aquí es importante realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno. Cuando la patología está instalada y los pacientes invaden los centros hospitalarios, es fundamental para el T. S. intervenir en el campo de la rehabilitación caracterizado por la resocialización del enfermo, cuya función primordial es impedir el mayor deterioro del paciente y facilitar la reinserción en su ámbito natural.

Para ello es necesario contar con recursos suficientes para el desarrollo de esta tarea. Estos no son sólo los llamados "económicos" (que siempre son escasos) sino también aquellos que hacen al compromiso profesional y humano con el paciente; al interés puesto en la acción interdisciplinaria y en la articulación intersectorial como lo plantea la A. P. S., es decir, mancomunar esfuerzos entre diferentes sectores como salud, educación, justicia.

También es preciso tener la posibilidad de realizar el seguimiento y tratamiento del grupo familiar y entonces sí, manejando apropiadamente las leyes que amparen a los pacientes, contar con recursos comunitarios bajo la forma de instituciones adecuadas para ir resolviendo paso a paso esa reinserción tales como Talleres Protegidos, para aquellos que no están en condiciones de entrar al mercado laboral; Clubes de ex-pacientes que funcio-

nan proveyendo a los mismos un marco de socialización reductor del hiato existente entre el sistema hospitalario y la comunidad; casas de familia, debidamente supervisadas por el equipo de salud, como pasaje para la externación, así como también Casas a medio camino, para casos en que es posible la convivencia grupal y la contribución a su sostenimiento.

Las experiencias de estas prácticas son limitadas, pero no por ello, imposibles de implementar con el más alto sentido de la ética, con una metodología adecuada, con responsabilidad y vocación.

Quizás esta afirmación de la importancia de la A. P. S. se tome como retórica, pero sin desconocer que tiene una base política para su ejecución, depende mucho del grado de conciencia de los profesionales, de su convencimiento interno, del grado de coherencia en su accionar cotidiano y de la capacidad de incentivar la movilización del conjunto de actores en búsqueda de los recursos fundamentales para las prácticas en Salud Mental. No se trata de "incentivar la movilización" para hacer la "revolución", sino de producir micromovimientos, puntuales, locales, en defensa del "derecho a la salud" de los sectores más postergados, hoy excluidos de la dinámica productiva.

La A.P.S. es un reto al conocimiento, a la organización de los servicios y el trabajo, al ejercicio del poder, a la lucha ideológica y a la búsqueda de caminos para disminuir la iniquidad. Pero, sobre todo en Salud Mental abre las puertas a la implementación de prácticas desde un enfoque Asistencial-Promocional-Preventivo como lo plantea la Dra. Batallán(1). El mismo incluye la atención de problemas específicos de salud en el momento oportuno, pero al mismo tiempo reflexiona sobre las estrategias de acción que conduzcan a la prevención de esas problemáticas, focalizadas en un contexto micro-social. Por ej.: aumento de situaciones de violencia en un sector comunitario del área programática de un Hospital. En principio se atienden esas demandas de urgencia y en reunión de equipo se decide intervenir en el lugar, investigando causas que en general son estructurales. Una vez obtenido un diagnóstico rápido, de acuerdo a la

emergencia, se planifican acciones con todos los actores sociales involucrados de la zona.

Esos planes deberían albergar propuestas alternativas que tiendan a generar redes de solidaridad (perdidas en la actualidad), y reforzar vínculos sociales. Aquellas prácticas que sirvieron en una época, pueden no ser tan útiles ahora. Lo "alternativo" no se define por las formas, sino por la base ética, ideológica y conceptual en la que se asienta. Al respecto Alicia Stolkiner nos dice: "La crisis tiende a disgregar y a destruir, pero también devela y abre espacios de transformación. Produce confusión, pero ésta puede ser el fundamento de una paralización o de una construcción de nuevos referentes conceptuales a partir de la caída de los anteriores(10)".

Y Graciela Zaldúa propone: "Construir alternativas a lo instituido, implica gestar lo nuevo, en momentos de coyuntural éxito para los profetas de la muerte de las ideologías -salvo las propias-. Pero, exige también desembarazarse de ilusiones que lleven a certezas delirantes e impiden producir efectos, más allá de los propios deseantes y potencien colectivos productores de inteligencia y alegría(11)".

El quehacer del Trabajador Social

Veamos algunos ejemplos de abordajes alternativos, en los cuales nos tocó intervenir en equipo, desde modelos muy tradicionales, como la clásica "Charla" donde se vierten contenidos de salud, hasta el Taller, entendido éste como el hacer colectivo, como espacio para el aprendizaje y la reflexión, donde los protagonistas son los sujetos sociales inmersos en su realidad.

En una escuela del Gran Buenos Aires, una docente capacitada en Educación Popular y con un alto grado de compromiso vocacional en la tarea cotidiana, detectó entre sus alumnos varias situaciones alarmantes en general relacionadas con vínculos afectivos familiares, violencia y sexualidad. Se propuso un plan: realizar Talleres sobre problemas de salud, con técnicas alternativas (juegos, dramatizaciones, reflexiones). Como resultado de estas actividades, los padres movilizados por preguntas de sus hijos, demandaron a la maestra un espacio para

su capacitación. Se implementaron Talleres para ellos que culminaron con una Escuela para Padres que lleva tres años de trabajo. Los temas que se abordaron fueron: comunicación, pautas de crianza, adolescencia, sexualidad, drogadependencia, etc., siempre desde un enfoque preventivo con técnicas lúdicas y psicodramáticas. El éxito de los mismos llevó a la dirección de la escuela a planificar un proyecto institucional.

Otra actividad en este sentido, llevada a cabo desde un Centro de Salud, fue la de Grupos de Reflexión para Mujeres sobre la Vida cotidiana. Se abordaron temas como autoestima, sexualidad, violencia, relaciones con los hijos, pareja, etc. Dicha actividad se realizó por espacio de dos años.

En el ámbito hospitalario, durante muchos años tuvimos a cargo actividades de educación para la salud, intra y extra muros sobre temas que hacían a la salud mental: lactancia materna y construcción del vínculo temprano; grupos de madres, sobre pautas de crianza; prevención de SIDA en el ámbito comunitario, etc.

En cada una de estas actividades, desarrolladas en diferentes ámbitos, se priorizó la modalidad operativa de grupos y abordaje comunitario, aunque, en la mayoría de los casos, lo que dio pie a la intervención fue la detección de casos sociales individuales que, sumados, mostraban indicadores propios de una necesidad de salud pública. Para iniciar el abordaje se procedió, metodológicamente hablando, a realizar un diagnóstico comunitario e institucional que comprendía un análisis coyuntural micro y macro social, el cual nos conducía al tema Objeto de Intervención; desde allí se discutían las estrategias a seguir, siempre en equipo interdisciplinario, para pasar enseguida a la construcción de un Proyecto de factibilidad cierta a corto plazo, sin perder de vista otras acciones articuladas con la realidad institucional y comunitaria.

La Evaluación en Trabajo Social se ejecuta permanentemente, en casi todos los casos, porque de ella es posible trazar nuevos lineamientos. El último paso metodológico, la Sistematización, data de la última década, por lo tanto su implementación todavía no está incorporada

conscientemente en los profesionales de la disciplina, aunque hay importantes avances; producto de la misma, son las nuevas teorizaciones que se están debatiendo con bastante entusiasmo, sobre todo entre los profesionales más noveles y los estudiantes avanzados de la carrera.

Conclusiones

¿Qué hacer para producir cambios en un momento histórico-social donde la realidad nos interpela en medio de la catástrofe? Para empezar, habría que favorecer la democratización de las organizaciones de salud, educación, trabajo, incentivando el protagonismo social de todos los nuevos sujetos de la historia; continuar con la horizontalización de las prácticas, prio-

rizando las actividades promocionales y preventivas e integrando la acción disciplinaria para dar respuestas a las necesidades cotidianas de la población, defendiendo los espacios públicos y gratuitos.

Otra posibilidad de avanzar en los cambios es proponiendo proyectos de Investigación-Acción participativa que nos permitan acercarnos a la realidad sanitaria de los sectores populares, favoreciendo de esta manera, la participación real de la población en la búsqueda de soluciones alternativas que lleven a la construcción de micro poderes.

Por sobre todas las cosas, es fundamental formar equipos interdisciplinarios para la intervención en situaciones de crisis, en el ámbito de la Salud Mental, que ayude a construir junto a otras organiza-

ciones y la población, redes primarias y secundarias para el estudio de las demandas y la formulación de propuestas para revertir esas demandas.

"No es posible generar una acción profesional científica, sin renovar, recrear conceptos, categorías, metodologías y para ello debemos pensar que un cambio social implica un cambio en el sujeto, en la institucionalidad social, en el pensamiento, en el arte, en la ciencia...(6)".

Los elementos centrales para desafiar a la crisis, deberían estar puestos en la valentía y el coraje en la creación, para superar la censura y el miedo a la locura. Quizás se necesitan muchos "locos" en estos tiempos, capaces de desaprender, andar nuevos caminos y abrir otros ■



Notas bibliográficas

1. Batallán T., Directora del CESAC Nº 15 M.C.B.A.
2. Faleiros V. de P., *Metodología e ideología del Trabajo Social*. Edit. Hvmánitas, 4ª Edición, 1992.
3. *Ibid.*
4. Galli V., *Salud Mental: definiciones y problemas*. Dirección Nac. de S.M. 1986.
5. Malacalza S., *Reflexiones desde el Trabajo Social acerca de la intervención profesional y*

la modernidad. XVI Jornadas Nacionales de T.S. de Tucumán. Hvmánitas, 1991.

6. Malacalza S., *ibid.*
7. Netto P., *Trabajo social domesticado* aporte a las "Jornadas de Instituciones y Trabajo Social de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires".
8. Pichón Riviere E., *El proceso Grupal*. Nueva Visión. 1985.
9. Rodríguez K., Efectos psicosociales de

los planes de ajuste económico. *Revista Salud Problema y Debate* Nº7. Invierno del 92.

10. Stolkiner A., Crisis, Estado y Políticas de Salud Mental. *Revista Salud Problema y Debate*, Nº 6, Verano 1991.
11. Zaldúa G., Problemas sanitarios, cotidianeidad y subjetividad. *Revista Salud Problema y Debate* Nº 8, Verano 1992/93.

Terapia ocupacional



Taller de escobería

Hospicio de las Mercedes, 1906

Sara. M. Daneri

Terapista Ocupacional. Jefa del Servicio N° 48 de Terapia Ocupacional del Hospital "Dr. J. T. Borda", Ramón Carrillo 375. Bs. As.

Elizabeth Gómez Mengelberg

Terapista Ocupacional. Jefa de Sección del Servicio N° 48 de Terapia Ocupacional Hospital "Dr. J. T. Borda". Docente de la Cátedra de Terapia Ocupacional aplicada al campo psiquiátrico II Escuela Nacional de T. O.

Marcela. A. Capozzo

Terapista Ocupacional. Jefa de Sección del Servicio N° 48 de Terapia Ocupacional Hospital "Dr. J. T. Borda". Docente de la Cátedra de Mitología de la Investigación. Escuela Nacional de T. O.

Introducción

La terapia ocupacional en la actualidad comparte junto con otras disciplinas del campo de la salud su quehacer profesional como integrante de los equipos interdisciplinarios. El presente artículo plantea ampliar la difusión de los conceptos centrales de la misma y particularizar los referidos al campo de la Salud Mental.

Referentes históricos

En su libro "Terapéutica Ocupacional en Rehabilitación", la terapeuta ocupacional (T. O.) E. Mac Donald(1) hace mención a lo que hoy podríamos llamar *los rudimentos de la Terapia Ocupacional*.

Es posible que la terapéutica mediante la ocupación se remonte más allá de las primeras manifestaciones escritas; algunas referencias a su utilización aparecen ya en el período de la magia (antes del año 660 a. C.). Se dice que Esculapio calmaba los delirios con canciones, relatos y música.

Pitágoras y Tales, al igual que Esculapio y Orfeo aconsejaban la música como remedio, e Hipócrates, subrayando la unión cuerpo-alma, en todo tratamiento recomendaba la lucha, montar a caballo y los trabajos manuales.

Cornelius Celsus, recomendaba para mantener la buena salud, actividades tales como practicar la vela, correr, cazar, juegos de pelota, lectura en voz alta, y recomendaba la práctica de ocupaciones adecuadas al temperamento de cada uno, para la curación de diversos tipos de locura.

Galeno promovió la terapéutica a través de la ocupación, sugiriendo actividades como arar, pescar, construir casas, barcos, cualquier actividad que permitiera ganarse la vida, poniendo de relieve ya en estas épocas remotas (130-200 d. C.) una consideración de vital y vigente importancia, dirigir el tratamiento siguiendo la línea del interés personal y la integración social.

Durante el período final de la Edad Media (200 a. C. - 1250 d. C.) Caelius Aurelianus, escribió acerca del tratamiento de las parálisis, incluyendo masajes, ejercicios y tratamiento de la palabra.

Desde el año 1100 -coincidiendo con la fundación de varias universidades europeas, la institución de exámenes médicos conjuntamente con la autorización de la práctica médica- el estudio científico tuvo un nuevo empuje. Entre 1250 y 1700 los progresos fueron considerables; los estudios médicos comenzaron a profundizarse y se renovó el interés por la anatomía, la fisiología y la psicología.

El reconocimiento de la utilidad y necesidad de la ocupación para el mantenimiento de la salud fue suscrito por Phillippe Pinel en

Francia y luego difundido por Williams Tuke en Inglaterra, Vincenzo Chiaruggi en Italia y Todd en Estados Unidos, quienes mantenían a sus pacientes sin cadenas y buscaban ocupaciones para ellos, oponiéndose al trato deshumanizante del cual eran objeto las personas con problemas psiquiátricos.

Henri Monnier, al describir el *Work Institute for de Nervously Ill* de Zurich, se refiere a los efectos debilitadores de la inactividad, así como a la importancia de interesar a los pacientes en una ocupación que les permitiera más adelante ganarse la vida.

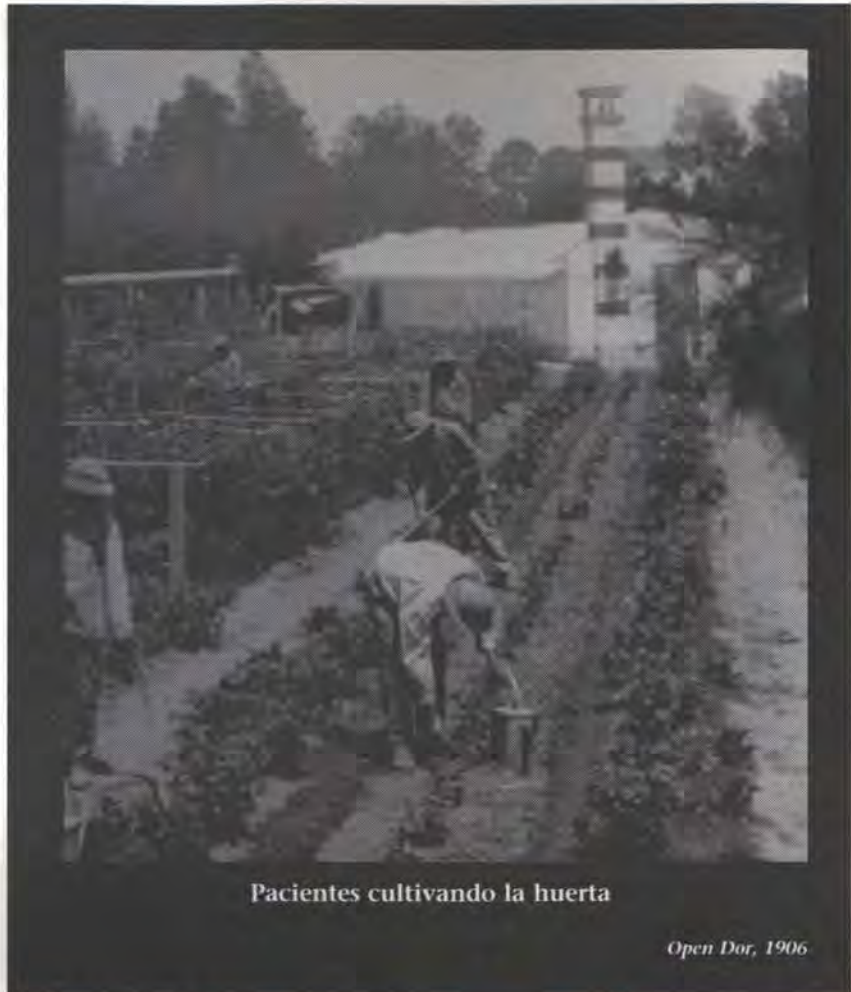
La tendencia expansiva fundamentalmente en el terreno psicológico hizo que a fines del siglo XIX se practicara ya la terapéutica ocupacional.

Existía en esa época una controversia acerca de cuál sería el mejor nombre para designarla y en 1914 Eva Charlotte Reid propone el término de "ergoterapia" –denominación que continúa utilizándose actualmente en los países francófonos– y se propone también "tratamiento moral". George Barton compone el término "terapéutica ocupacional" que hoy nos nomina generosamente y que posee una amplitud considerable si se lo toma en su cabal extensión. Éste es usado internacionalmente, si bien en el V Congreso Europeo de Terapia Ocupacional –Madrid 1996– su representatividad fue motivo de un debate en el plenario de los países asistentes al Congreso.

Sin dejar de reconocer la gran labor efectuada durante los años en que se desarrollaron la Primera y Segunda Guerra Mundial, la T. O. se practicaba mayoritariamente en los asilos y hospitales psiquiátricos.

En Argentina –en relación a los hospitales psiquiátricos y en particular al Hospital Dr. J. T. Borda(2)– en el Hospital General de Hombres alrededor del año 1800 se comenzó a seleccionar pacientes que eran destinados a ocuparse en la plantación de arboledas, que cumplían la función de embellecer y urbanizar la zona, sin tener en cuenta en sus fines una intención terapéutica. Sin embargo comenzó a combinarse el trabajo de los alienados con el entretenimiento útil.

Con el advenimiento de la *Casa de Dementes*, anexo del Hospital General de Hombres, se pasó a alber-



Pacientes cultivando la huerta

Open Dor, 1906

gar allí a los enfermos mentales siendo su nombre posteriormente modificado por el de *Asilo de San Buenaventura*.

En la Dirección de este asilo surge como figura destacada el Dr. José María de Uriarte, quien comenzó a suprimir los elementos utilizados para la contención y a organizar el trabajo de los enfermos, e instaló talleres adecuados a la época siguiendo los principios dictados por Pinel.

Dispuso que los alienados "tranquilos" gozaran de alguna libertad y se los dispusiera a realizar labores de tipo agrícola y maestranza (1863-1876). Es él mismo quien propone que se modifique el nombre por el de *Hospicio de las Mercedes*; además instó incansablemente al ejercicio del trabajo como medio eficiente para la recuperación del enfermo y para evitar los males propios del hospitalismo.

Bajo su dirección se fundaron los primeros talleres, en los que se empleaba a los internados en tareas manuales de acuerdo a sus posibilidades físicas y psíquicas respetando las inclinaciones naturales que ca-

da uno de ellos pudiera tener para la realización de las tareas.

En 1876 al hacerse cargo de la Dirección el Dr. Lucio Melendez, instituyó en forma activa el trabajo como medio y no como finalidad para la recuperación del enfermo mental.

El Dr. Domingo Cabred (1892-1918) sucesor de Melendez, es quien pensó en la reforma de los sistemas de recuperación del hombre alienado internado, preconizando el trabajo como un elemento curativo de primera magnitud.

En 1914 dispuso la apertura de una escuela para la población del hospicio y se contaba con la existencia de servicio de maestranza, jardinería, talabartería, talleres de sastrería, panadería y otros.

Los que le sucedieron en la dirección de la Institución realizaron reformas edilicias que reemplazaron sus antiguas estructuras hasta su casi completa demolición y que dieron lugar a la actual edificación.

En 1957 el Gobierno de la Nación, creó el Instituto Nacional de Salud Mental, el cual entre otros fines esenciales a la asistencia técni-



Taller de mimbrería

Hospicio de las Mercedes, 1906

ca del enfermo, manifestaba la recuperación y rehabilitación social de los internos para cuyo mejor cumplimiento se promovía la terapia ocupacional como medio para lograr dicha finalidad.

En la historia de la atención neuropsiquiátrica de mujeres se observa un desarrollo similar.

Comienzos de la formación

La primera escuela de T. O. de Gran Bretaña empezó a funcionar en Bristol en 1930 en un Centro para pacientes neuróticos y psicóticos. En 1943 se constituyó la Asociación de Terapistas Ocupacionales de Inglaterra y en 1954 se creó la *World Federation of Occupational Therapists*. (W. F. O. T.)(1).

Estos datos son de importancia para comprender el posterior desarrollo de la profesión en nuestro país.

En el año 1956 y con motivo de la epidemia de poliomielitis el gobierno argentino creó la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública.

Dicha Comisión propició la formación y capacitación de Terapistas Ocupacionales, contando con el auspicio de los gobiernos de Argentina y Gran Bretaña. En el año 1956 llegó la T. O. inglesa Hollings quien estableció un programa teó-

rico-práctico que se llevó a cabo en el Centro Nacional de Rehabilitación del Lisiado; otras instituciones dedicadas a la rehabilitación contrataron a Terapistas Ocupacionales de Estados Unidos para dictar cursos de formación(2).

En 1959 la T. O. E. Mac Donald (Directora de la Escuela de T. O. de Oxford), es llamada a crear la primera Escuela de Terapia Ocupacional de Sudamérica. Dicha institución es la actual Escuela Nacional de Terapia Ocupacional (E. N. T. O.), reconocida en 1962 por la *Federación Mundial de T. O.* (W. F. O. T.) y a partir del año 1964 queda bajo la dirección de Terapistas Ocupacionales argentinas(2).

La Terapia Ocupacional (T. O.) fue reconocida en la República Argentina el 24 de enero de 1967, por Ley Nacional N° 17.132- Capítulo V.

Egresadas de la E. N. T. O. constituyen en 1964 la Asociación Argentina de Terapistas Ocupacionales (A. A. T. O.), que obtiene su personería jurídica en 1968 y es incorporada en 1970 como miembro plenario de Federación Mundial de Terapistas Ocupacionales (W. F. O. T.)

El reconocimiento de la profesión, el desarrollo de diversas áreas de incumbencia, el nivel de eficacia alcanzado y la demanda de la comunidad, constituyeron los factores que promovieron la creación de la carrera en distintos puntos del

país, impulsados por profesionales de la disciplina.

Actualmente la formación de Terapistas Ocupacionales se desarrolla en los siguientes ámbitos académicos:

- Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y del Trabajo Social.

- Universidad Nacional de La Rioja.

- Universidad Nacional del Litoral, Escuela Superior de Sanidad "Dr. Ramón Carrillo".

- Universidad Nacional de Quilmes.

- Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.

- Escuela Nacional de Terapia Ocupacional, con convenio con la Universidad de San Martín.

Ámbitos de aplicación de la Terapia Ocupacional

La T. O. posee diferentes ámbitos de aplicación que se vinculan a dos ejes que se entrecruzan: el nivel de atención en el que se ubica (primaria, secundaria, terciaria, cuaternaria) y el grupo etario destinatario de sus acciones (gerontes, adultos, adolescentes, niños e infantes).

Las acciones de la disciplina se desarrollan dentro de instituciones de diversas características tales como clubes, sociedades de fomento, hogares (de tránsito, de huérfanos, para madres solteras), dispensarios, centros preventivos, escuelas, familias sustitutas, maternidades, encausados y penados, en programas de prevención y promoción de salud individuales y/o del grupo familiar.

En instituciones hospitalarias monovalentes y polivalentes, centros de salud mental (comunidad terapéutica, hospital de día) centros materno-infantiles, donde se brinda asistencia y/u orientación en la derivación.

En instituciones de rehabilitación, centros de reeducación social, instituciones de rehabilitación, institutos de menores, escuelas especiales, escuelas de adaptación y capacitación laboral, talleres protegidos y centros de formación profesional y en planes de tratamiento de rehabilitación.

En institutos de investigación y en la comunidad, en acciones docentes en la formación en la disci-

plina y del recurso humano del área de Salud que sea pertinente.

Perspectivas teóricas

Las diferentes corrientes de pensamiento son el sustrato sobre el que se asientan los desarrollos teóricos de cada disciplina; la T. O. no está exenta de ello, y se observa a lo largo de su historia la influencia de diversas concepciones provenientes del campo de las ideas filosóficas: humanismo, positivismo, materialismo histórico.

Humanismo: El humanismo postula que "la actividad es un proceso natural y espontáneo" abordándose la actividad a través de la relación terapeuta-paciente.

El Humanismo privilegia al hombre en el mundo, reconoce la condición de sujeto y la intencionalidad.

Bockoven (1971) y otros han argumentado que las raíces filosóficas de la práctica de la T. O. pueden ser incluidas en el desarrollo del tratamiento moral y esto se refleja tempranamente en los tratamientos de los hospitales mentales del Siglo XIX(3).

Adolphe Meyer, neuropatólogo y promotor de la T. O. durante sus años precursores, es recordado por haber realizado una contribución importante en el desarrollo de su filosofía.

Según él "nuestra concepción del hombre es la de un organismo que se mantiene y se equilibra en un mundo de realidad y actualidad, está en función activa, usa, vive su tiempo en armonía con su propia naturaleza, el uso que hacemos de nosotros mismos es lo que imprime la marca final a cada uno de nosotros". Esta fue la lógica fundadora de la Terapia Ocupacional.

El objetivo en T. O. será la relación interpersonal, el autoaprendizaje como condición para el crecimiento y realización personal concibiendo al hombre como único, singular y particular(4).

El tratamiento está centrado en la relación terapéutica, a fin de promover un mejor entendimiento de sí mismo en cuanto sujeto actuante, a través del hacer y de las relaciones vinculares.

El sujeto a través de su intencionalidad arma un proyecto por el cual el hombre expresa y construye



Taller de carpintería

Hospicio de las Mercedes, 1906

su subjetividad; ese proyecto estará ligado al mundo.

El terapeuta ocupacional será un profundo conocedor de las relaciones humanas, facilitador del proceso de tratamiento, buscará sus propias opciones y las tendencias del sujeto y compartirá con éste la responsabilidad en el tratamiento.

Positivismo: El hombre, desde una perspectiva positivista está formado por tres órdenes de fenómenos: sentimientos, pensamientos y actividades. El sentimiento prepondera sobre los otros dos órdenes, mas el sentimiento es ciego y precisa de la razón para conocer las verdaderas formas de satisfacción de las actividades, para poner en práctica los mejores medios de hacer. La razón es el signo distintivo de lo humano.

Con el nacimiento de la ciencia moderna, el análisis y profundización de los conocimientos biofísicos, químicos, fisiológicos, el punto de referencia elegido para la medicina fue el modelo médico-biológico ya que es el paradigma prevalente. Según este concepto la salud es el orden y se define como la ausencia de enfermedad.

La T. O. está enfocada respecto a los efectos de la enfermedad y se organizó alrededor de la relación causa-efecto del pensamiento médico-científico, según el cual el ser humano puede compararse con una

máquina, estudiarse en su estructura y función,

Se basa en la creencia de que la simple causa y efecto relacionados entre sí, pueden utilizarse para explicar muchos procesos patológicos.

Los éxitos médicos alcanzados dentro de esta concepción influyeron en la historia de la T. O. en su fase práctica.

El objetivo de la T. O. es tratar la dolencia o la patología; la evaluación se realiza a través de tests, guías, pruebas. Se planifica el programa de tratamiento a través de objetivos prefijados y se prevé la duración del mismo.

El proceso de tratamiento deberá ser claro y definido, estará organizado como una estructura rígida de procedimiento, donde la actividad será la responsable de dicho proceso y posibilitará la mejoría.

El Terapeuta Ocupacional se considera de importancia por el cúmulo de conocimientos técnicos que posee(5, 6).

Materialismo histórico: El hombre es un ser que por esencia necesita objetivarse de modo práctico material produciendo un mundo humano. A través de la producción, el hombre se proyecta en el mundo de los objetos producidos por su trabajo, así como integra la naturaleza al mundo humano, convirtiéndola en naturaleza humanizada.

El objetivo de la T. O. es el hombre que vive en un determinado

contexto ético, político, social, cultural y económico.

El tratamiento promueve una activa participación en el proceso tendiente a la paridad en los roles.

La actividad, el Terapeuta Ocupacional y la persona tienen igual importancia, aunque la actividad es la base real y material del tratamiento.

El Terapeuta Ocupacional no posee la apropiación del conocimiento, en la relación terapéutica se trabaja conjuntamente en la búsqueda y detección de las reales necesidades.

La comprensión de la T. O. a través de esta práctica, le acredita un significado que lleva al hombre a lidiar con su realidad de vida, pudiendo así promover la transformación de sí mismo y del medio social en el cual está inserto(4).

La T. O. Da Rocha Medeiros resalta los supuestos ideológicos y conceptuales que fundamentan los modelos asistenciales predominantes en cada contexto histórico y social y plantea que los principales modelos en la T. O. pueden ser:

1. Privilegiando la racionalidad humana y el orden social (modelos que se asemejan al tratamiento moral).

2. Privilegiando el cuerpo anatómo-fisiológico y la dicotomía cuerpo-mente (los modelos psicológicos tales como los comportamentales, los sensorio-integrativos, así como los cinesiológicos, los neurortopédicos y otros tantos que devienen de otras áreas de las especialidades médicas).

3. Privilegiando el inconciente y lo simbólico (modelos analíticos y psicodinámicos).

4. Privilegiando el crecimiento y la evolución biológica (los modelos del desarrollo).

5. Privilegiando la función y las producciones sociales (modelos funcionalistas y sistémicos).

Incluiremos en este planteo el siguiente punto:

6. *Privilegiando al hombre en cuanto ser social e histórico, que produce, crea y transforma la naturaleza y a sí mismo, a través de su trabajo.*

Cada uno de ellos implica una determinada postura frente a los valores ideológicos y relaciones sociales.

Los modelos teórico-prácticos asumidos por el profesional resultan de una elección a partir de determinados presupuestos concep-

tuales-filosóficos y científicos (sociológicos, biológicos, antropológicos, etc.) acerca de su objeto de intervención y que le indican su manera de aplicación de las actividades como un recurso terapéutico.

Cada una de estas elecciones está determinada por la finalidad política correspondiente con esa práctica que se realiza e interviene dentro del campo social.

En el área de Salud Mental plantea la lógica de tres discursos: mecanicista, preventivo, y psicoterapéutico.

Desde nuestra óptica y partiendo de lo planteado, ubicamos las ideas que compartimos con la autora.

En el mecanicista las actividades son seleccionadas como estímulos para provocar respuestas específicas y deseadas por el Terapeuta Ocupacional que es el que posee el dominio del conocimiento del funcionamiento corporal.

Las actividades son clasificadas y agrupadas según su organización: estructuradas o libres, según características de los materiales empleados, la manera predominante de realizarlas y la función psicológica preponderante.

Los registros y evaluaciones, se realizan generalmente a través de fichas, siguen un recorrido criterioso previamente elaborado y utilizado como instrumento para el análisis cuantitativo posterior.

Desde la perspectiva del discurso preventivo, se explica la enfermedad mental localizándola en la red social.

En ocasiones se asume la postura de "ocupo-terapia", esto es utilizar las actividades como formas de desviar pensamientos mórbidos o perniciosos de la mente de los sujetos, privilegiando mantener el orden social.

Da Rocha Medeiros enfatiza en este discurso, que está dirigido en última instancia a revalidar lo presupuesto por el Estado y que las acciones responden a no alterar el orden establecido.

En el psicoterapéutico los modelos de T. O. que se incluyen en esta perspectiva son varios, más o menos sistematizados a partir de concepciones que guían las diferentes prácticas psicoterapéuticas. El Terapeuta Ocupacional adapta su instrumental de trabajo según la perspectiva que siga; encontramos modelos que se fundamentan en una

perspectiva sistémica, en el psicoanálisis, enfoques psicodinámicos, psicodrama, terapia del yo, gestalt, comportamental.

Da Rocha Medeiros realiza una crítica a cierto "intimismo psicológico" al servicio de la clase media, sobreponiendo la valoración individual a los demás valores sociales.

La T. O. reorientó su práctica en el sentido de incorporar el concepto de la manifestación de lo inconciente. Desde allí fueron hechas varias lecturas, como así también reducciones y los modelos que devienen de esa postura se traducen en una gama muy amplia de vertientes.

Consideramos que el hombre es un ser esencialmente social, por lo cual un aspecto central de nuestra disciplina componente del proceso terapéutico—conjuntamente con la instrumentación de la realización de actividades—es la relación terapeuta-paciente. La participación del sujeto en el proceso de terapia ocupacional, es lo opuesto a la pasividad. Por el contrario, es convocado a involucrarse en su tratamiento como agente activo, hacedor de sus cambios.

Intentamos establecer una relación con los individuos en cuanto sujeto de su propia historia, capaz de cambiar el rumbo de las cosas y de modificar la calidad de vida a través de su hacer.

Las actividades—nuestro instrumento técnico—son innumerables y diversificadas, tanto en cualidades como en posibilidades; dependen de las perspectivas de análisis con que las enfoquemos y es posible diseñarlas según su finalidad.

Una forma básica de agruparlas—independientemente de la presencia o no de materiales y a los fines técnicos—es: actividades de tiempo libre, actividades de la vida diaria, actividades artesanales, actividades productivas.

La T. O. Lilibiana Paganizzi en sus desarrollos acerca de la teoría de Terapia Ocupacional, plantea que pueden ubicarse en cada una de ellas tres dimensiones: individual-personal, grupal-comunitaria y social-cultural. Las mismas no son excluyentes entre sí y tienen una preponderancia alternada dentro del tratamiento.

La primera es inédita y propia de cada sujeto, cuyo sentido sólo será adjudicado por éste de acuerdo a sus posibilidades.

La segunda corresponde al modo en que el sujeto realiza una actividad con y en el grupo dentro de la comunidad de referencia.

La tercera se vincula con el ámbito de lo social y cultural enfocado como macro-contexto, en relación a usos, pautas, significados y valores consensuados y establecidos.

Paganizzi propone que "la realización de actividades se convierte en un campo de significaciones en tanto es posible intentar una articulación de un signo con otro, lo que sucede en el material o la técnica, la respuesta o impacto en el paciente, nuestro registro o pregunta acerca de lo que vemos".

Las intervenciones del Terapeuta Ocupacional son instrumentos esenciales del proceso terapéutico y deben en un primer momento tomar las dificultades que el sujeto trae al espacio de T. O.

La estructura que detenta una actividad y la propuesta que ella realiza es un organizador, una lectura posible de realizar allí por el T. O., que la ofrecerá al sujeto, quien a su vez relevará lo que es pertinente a lo que le acontece.

En el abordaje del sujeto o grupo se intenta rescatar la singularidad y posibilitar el despliegue subjetivo a través de: el proyecto, la huella en el material, el producto individual o colectivo, que circulará junto con la palabra, en el grupo, en la comunidad de referencia o fuera de ella creando lazo social. La producción de objetos, lo dicho, se introduce en la circulación del intercambio y

ofrece la posibilidad de reinscribir al "excluido" en la cultura.

Los espacios de Terapia Ocupacional, se oponen al hacer alienante, convocando al sujeto, grupo, a través de la palabra para: elegir un material, discutir un menú, interactuar con otros, planear compras y salidas, interrogando por la diferencia en cada paso del proceso a fin de abrir la dimensión de lo simbólico.

La movilización, la resocialización y la rehabilitación adquieren significado y sentido cuando se articulan lo subjetivo, lo intersubjetivo y la posibilidad de recuperar o adquirir hábitos que mejoren la calidad de vida.

El abordaje grupal comunitario -cuya tarea principal dentro de la institución será establecer pautas y normas de convivencia que el sujeto incorporará paulatinamente permitiendo el surgimiento de las características del grupo conviviente- se efectuará sobre la base del respeto de los derechos mutuos, privilegiando la comunicación como forma de negociación y de expresión de las necesidades de cada uno.

El abordaje grupal posibilita al sujeto la oportunidad de articularse en un espacio social, de relacionarse con otros y al producir un proyecto que lo involucra y lo ubica frente a los otros con su subjetividad, establecerá compromisos y acuerdos según sus propios intereses y los del grupo.

El terapeuta ocupacional relevará

la dinámica grupal para entender, explicitar y posibilitar la elaboración en el grupo de lo que sucede.

En el abordaje grupal con proyecto individual la propuesta es de estar, percibirse en grupo, pero en un hacer y pensar que se sostiene en la diferencia con los otros.

Experimentar, hacer junto a otros, moviliza, reactiva sentimientos; cada uno aporta su historia de sus otros haceres, de estar en otros grupos.

En la atención individual se trabaja en la realización de una actividad, a partir de las preocupaciones que plantea el sujeto. Lo que identifique como problema, lo que ubique en el sentido de que algo lo cuestione internamente, la insatisfacción frente a sus proyectos vitales y otras problemáticas.

Estos abordajes los pensamos en relación al trabajo interdisciplinario, cuyas acciones para facilitar la integración e interacción con la comunidad, reconocen la ausencia de argumentos únicos o verdaderos que den cuenta de la enfermedad mental. Esta posición sustenta la necesidad del entramado de discursos de diferentes disciplinas y de estrategias terapéuticas. No se trata de "hacer como", sino de reconocernos en lo diferente y lo común.

El movimiento dialéctico entre discriminación e integración, será el sostén y la red que contenga la enfermedad mental.

La propuesta es "hacer con", integrando las partes en un todo y diferenciando el todo de sus partes ■

Referencias bibliográficas

1. Mac Donald, E., *Terapéutica en Rehabilitación*. Madrid, Editorial Salvat, Segunda Edición 1979.
2. Capozzo, M., Daneri, S., Gómez Mengelberg, E., Consideraciones Generales sobre la Terapia Ocupacional y su inserción en la Institución. Trabajo presentado en las *Jornadas Hospitalarias Hospital Dr. J. T. Borda*, diciembre 1984.
3. Christiansen, Ch., *Terapia Ocupacional. Intervención para el desempeño de la vida*. Capítulo I, Evolución de la identidad. *Revista de la Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales*, Mayo 1992.
4. Francisco, B., *Terapia Ocupacional*. Campinas, Papyrus Editora, Brasil, Primera edición, 1988.

5. Da Rocha Medeiros, M., *La reforma de la atención al enfermo psiquiátrico en Campinas: un espacio para la Terapia Ocupacional*, Capítulo IV, Tesis de doctorado no editada, Brasil.
6. Pinto, J., *Corrientes metodológicas en Terapia Ocupacional*, Tesis no editada, 1991, Brasil.

Bibliografía general

- Augé de Depino y otros, *El hostal*. Psicoterapias Integradas Editores, Buenos Aires, Primera Edición, 1993.
- Comisión Libro de Terapia Ocupacional, *Terapia Ocupacional. El camino del hacer*, C. O. L. T. O., 1991, Compilación de varios autores.
- Comisión Libro de Terapia Ocupacional, *Terapia Ocupacional. Actualizaciones en teoría y clínica*, C. O. L. T. O., m, 1995, Compilación de varios autores.
- Materia Prima, *Primera Revista Independiente de Terapia Ocupacional*, Año I, Número I, Buenos Aires, Septiembre de 1996, página 19.
- Williard y Spackman, *Terapéutica Ocupacional*. Editorial JIMS, Año 1973.

La inclusión del acompañante terapéutico en la clínica actual



Gustavo Rossi

Psicoanalista. Psicólogo. Coordinador y Supervisor del Equipo de Acompañantes terapéuticos, (Intern. y Hosp. de Día) Serv. de Salud Mental, Hosp. "Evita", Lanús, Prov. de Bs. As.

Gabriel Pulice

Psicoanalista. Psicólogo. Coordinador y Supervisor del Equipo de Acompañantes terapéuticos, (Intern. y Hosp. de Día) Serv. de Salud Mental, Hosp. "Evita", Lanús, Prov. de Bs. As.

Federico Manson

Psicoanalista. Coordinador y Supervisor del Equipo de Acompañantes terapéuticos (Intern.), Serv. de Salud Mental, del Hosp. "Evita", Lanús, Prov. de Bs. As. Supervisor del Equipo de A.T., Serv. de Hospital de Día, Hosp. "Dra. C. Tobar García", Cap. Fed. Humahuaca 3865 5° "A". 1191, Buenos Aires. Tel.: 823-7431/435-5350.

Psicoanálisis ◇ Psiquiatría

7rente a la creciente necesidad de instrumentar respuestas clínicas alternativas, que permitan sostener el tratamiento de una gran cantidad de pacientes, de difícil abordaje desde los métodos tradicionales, el Acompañamiento Terapéutico (A. T.) surge en nuestro país, hacia fines de los años sesenta, como uno de los recursos de mayor importancia que se han ido forjando en el campo de la Salud Mental en el curso de las últimas décadas.

El cuestionamiento a la hospitalización crónica y el entusiasmo por algunos de los resultados alentadores obtenidos a partir de las experiencias pioneras que, desde distintas concepciones teórico-clínicas, se realizaron en esta búsqueda (especialmente a partir de los aportes del psicoanálisis y la antipsiquiatría), fueron tropezando con fracasos que ponían en cuestión, a su vez, la suficiencia de un abordaje restringido o limitado a una sola variable: en la desmanicomialización –se comprobó– no podía sustentarse de manera sistemática el éxito de los tratamientos. Tampoco fue satisfactorio el tratamiento de una gran cantidad de pacientes desde el empecinamiento solitario de algunos psicoanalistas, que en el afán de permanecer fieles a quién sabe que postulados, cerraron sus oídos a aquello que insistía en hacerse escuchar, cuando no se aferraron a la excusa de que eran pacientes intratables o "inanalizables". La psicofarmacología, por su parte, abrió las puertas a terapéuticas extra-muros de muchos de esos "casos intratables", pero también resultó insuficiente como respuesta generalizada, de aplicación excluyente.

No podemos dejar de señalar –en esta breve introducción alrededor del desarrollo histórico del A. T.–, el importante paso que ha significado el surgimiento del Hospital de Día como alternativa a la hospitalización crónica, pero también como punto de convergencia de distintas posturas clínicas. A esto hay que agregar el desarrollo que han tenido a partir de su creación distintas especialidades, técnicas o recursos de abordaje (como la musicoterapia, la terapia ocupacional, los talleres de actividades prácticas y recreativas, etc.), aunque muchas veces no se ha establecido con precisión la especificidad de su implementación, lo cual a menudo resulta un obstáculo en la articulación y coordinación de un trabajo interdisciplinario convergente.

Digamos, no obstante, que estos recursos que se fueron desarrollando han planteado la dificultad –tanto por la heterogeneidad de los ámbitos de los que provienen, como por las características de su implementación– acerca de cómo articularlos de manera precisa y eficaz en cada caso.

Se plantea, en relación a esto, la dificultad que también implica la confluencia de proble-

máticas del ámbito psiquiátrico y psicoanalítico (por ejemplo, cómo pensar lo referente a la cuestión de la dirección de la cura), siendo ese espacio de intersección donde se produce la inclusión del A. T..

El campo psicopatológico en relación al cual se ubica el A. T. –ese espacio de intersección– es el de una gran cantidad de casos que podemos denominar “límites”, problemáticos para la dirección de su tratamiento, tanto desde una orientación psiquiátrica como psicoanalítica. Además, estos casos representaron y representan un borde, y hasta un agujero, para ambas, a la vez que un espacio de trabajo abierto a la investigación y una zona de enlace en la práctica cotidiana de distintas disciplinas. Allí se produce muchas veces un entrecruzamiento de modelos teóricos, y no solamente de modelos teóricos sino también de diversas posiciones clínicas, que van a atravesar ineludiblemente la práctica y las posibilidades del A. T.

Estamos hablando de casos de psicosis, adicciones, crisis neuróticas graves, debilidad mental, etc., esto es, pacientes que presentan dificultades que desbordan los límites del consultorio o el dispositivo institucional.

Nos parece importante subrayar que el surgimiento y el desarrollo del A. T., en el contexto que venimos describiendo, no ha tenido su correlativa articulación teórica, sino que por el contrario se ha producido lo que podríamos llamar un crecimiento “salvaje”. Su inclusión en dispositivos que responden a distintas concepciones clínicas tuvo en un principio, como consecuencia, la ambigüedad y la dificultad en la definición de su función específica.

¿Cómo pensar, entonces, la inclusión del A. T. en un tratamiento?

El acompañante terapéutico en la clínica actual Algunos pacientes... algunos acompañamientos

Frente a la ruptura de la dimensión del discurso que implica la detención de un análisis y/o la interrupción de un tratamiento psicofarmacológico, que dejan tanto al analista como al psiquiatra sin posibilidad de operar, es cuando apa-

rece en el horizonte la alternativa de hacer intervenir otros recursos.

Respecto de situaciones de estas características, podemos pensar, entonces, que quien conduce un tratamiento puede hacer intervenir al A. T., en algunos casos, para evitar la internación, y/o como paso previo a ella en otros. Y esto dependerá de las particularidades del caso, como asimismo del riesgo de que lo más interno desborde al aparato psíquico, que puede llegar a transformarse –en el sentido estrictamente freudiano–, en un exceso en la percepción, que rompa el block maravilloso.

La determinación de hacer intervenir al A. T. en un dispositivo es también –como la decisión de internar domiciliariamente o en una clínica u hospital psiquiátrico–, una responsabilidad de quien conduce el tratamiento.

En ocasiones, asimismo, es necesario apelar a este recurso a fin de posibilitar la continuidad del abordaje terapéutico, en el punto en que algo de lo que podríamos llamar el peso de la transferencia se hace “insostenible” para el terapeuta desde el dispositivo que llamaríamos “clásico”. La inclusión del A. T. le permite así, en esa instancia, volver a operar desde su posición en la dirección de la cura.

Un ejemplo clínico de esta situación que planteamos, está referido a un caso de neurosis en extremo grave y complicado, cuyo tratamiento se tornó en cierto momento sumamente difícil cuando el paciente empezó a demandar a su analista por teléfono, llegando a llamarlo hasta 15 o más veces en un mismo día. En este punto, ya la voz del analista dejó de ser lo que era, y a éste se le hizo insostenible su posición, lo que lo llevó a decidir la inclusión de un acompañante terapéutico –con la indicación, al paciente, de que era a él y no al analista a quien debían dirigirse los llamados telefónicos; y al acompañante terapéutico, en ese momento, que debía llamar al paciente cierta cantidad de veces a lo largo del día–. Esto no implicó que ya no hubiera más llamadas al analista, sino que las que hubo a partir de esa intervención pasaron a tener una calidad diferente.

La posibilidad de hacer acompañar terapéuticamente a un paciente incluye, además, otras ins-

tancias; por ejemplo, durante el período de externación, en forma ambulatoria, como parte de una estrategia orientada a la reinserción del sujeto en el medio familiar, laboral y social. Es decir, realizar con el paciente, sin caer en una labor pedagógica, lo que aconsejaba Freud en su artículo “Sobre la iniciación del tratamiento” (1913): desarrollen un trabajo “... con el interés intelectual y la comprensión del enfermo...”, siempre que esto sea posible.

En el caso de J., se habían resuelto las cuestiones atinentes a su atención psiquiátrica y a su concurrencia a las actividades del Hospital de Día, pero quedaba un “detalle” por resolver: él no sabía viajar solo, y nadie de su entorno podía llevarlo diariamente a la institución. Esto condujo a incluir un acompañante terapéutico en la atención de este paciente, con el resultado de que el trabajo sistemático y singular acerca de los obstáculos subjetivos que le impedían orientarse en la vía pública, le dio al paciente, además del logro efectivo de ese aprendizaje, la posibilidad de establecer un vínculo y un lazo social de características distintas con sus semejantes.

Si bien no es este el aspecto más destacable en el desarrollo de este A. T., apelamos a él a fin de ilustrar clínicamente lo que venimos desarrollando.

Podemos observar, a partir de estos fragmentos, que se presentan en la clínica diversos problemas que abren interrogantes que con frecuencia requieren una resolución singular, sucediendo a menudo que resulta necesaria la búsqueda y hasta la creación de recursos que permitan avanzar en esos tratamientos. Ubicamos así al A. T. en ese campo de tensión, y en algún punto conflictivo, que representa un obstáculo en el abordaje de casos graves.

Subrayamos, entonces, que la ductilidad de esta función y su exitosa inclusión en diversas instancias imposibles de llevar a cabo por quien dirige el tratamiento desde la institución o el consultorio, han convertido al A. T. en un recurso de creciente importancia para el tratamiento de infinidad de casos recurrentemente problemáticos.

Sin negar la posibilidad de planear, con algunos pacientes, la ne-

cesidad de un marco institucional, consideramos de suma importancia la experiencia clínica de tratamientos en que para el sostenimiento del dispositivo se recurra (especialmente en momentos críticos) a la implementación del A. T..

Desde nuestra perspectiva, en la inclusión de este recurso es fundamental la consideración de la particularidad subjetiva, del momento que atraviesa un sujeto en el recorrido de un tratamiento, y en consecuencia la función del acompañante terapéutico deberá pensarse caso por caso, estando en relación a lo que sucede con la transferencia, a los fundamentos a partir de los cuales el terapeuta indica su inclusión.

Otra de las cuestiones que aquí se abren está en relación a cómo pensar la formación del acompañante terapéutico. Esto, en nuestra opinión no se plantea en el sentido de un saber previo al que le fuera posible acceder acerca de lo que le sucede al sujeto en un tratamiento a partir del encasillamiento del mismo en una categoría nosográfica general (del estilo de "débil mental", "adicto", etc.).

Pero esa "ignorancia", que consideramos en tal sentido necesaria en el punto de partida de su intervención, encuentra sus límites, por un lado, en la estrategia en que se inscribe (que no debe ignorar), en el dispositivo de tratamiento al que se integrará a partir de la demanda del terapeuta o la institución que lo convoca. Y, por otra parte, por la inmediatez de las respuestas que, con suma frecuencia, le son requeridas en su práctica, muchas veces desde el inicio mismo de su intervención. Ante lo cual el acompañante terapéutico, al menos, debe estar advertido de cómo no intervenir. No debe intervenir desde su subjetividad, en primer lugar, para lo cual resulta importante el recorrido realizado en su análisis. Pero, además, consideramos necesario que sus intervenciones no favorezcan la confusión de su lugar con otras instancias del tratamiento, es decir, poder configurar su campo específico -diferenciándose del terapeuta, del enfermero, y de las demás instancias que por lo general se ponen en juego en los dispositivos de atención en los que se incluye-.

La inclusión del A. T. en un tratamiento, en momentos de crisis, a la manera de un semejante, que se

presta al diálogo, al "palabrerío" cotidiano, genera un cierto efecto "balsámico", la posibilidad de "aliviar" al paciente, en el sentido de un alivio que podríamos denominar de "tipo catártico". Un efecto que tiene que ver con permitir un espacio en el cual el sujeto pueda hablar de aquello que lo desborda, que lo angustia, o que lo aflige (aunque en la neurosis quede simplemente en el plano de la queja). La importancia de ese espacio radica en que, frente a esas crisis, no le es suficiente a ese paciente con las sesiones de análisis, necesitando, además, de esa "otra" presencia, que acote algo de un sufrimiento que lo excede.

Asimismo, que alguien simplemente pueda escucharlo, sin taponar con palabras aquello que el sujeto expresa, en algunas situaciones suele ser suficiente para dar lugar a un alivio.

El acompañante terapéutico, en tanto semejante, responde con su palabra, su presencia, y su escucha, desde lo cotidiano, desde una posición que por momentos se acerca a la de "un amigo"... , siendo no obstante su inclusión en una estrategia de trabajo la que le irá permitiendo "calcular" sus intervenciones y maniobrar ante las dificultades propias del lugar que ocupa en el mismo.

Retornemos a la clínica. A. era una paciente psicótica, recientemente externada, que había establecido con su acompañante terapéutico un vínculo transferencial de fuertes características "amorosas". Inesperadamente muere su padre de un paro cardíaco, y el analista convoca al acompañante terapéutico, F., para que la acompañe en esta instancia. En un determinado momento de la charla, y sin que hubiera nada en ella que lo fundamentara, la paciente toma el brazo del acompañante terapéutico y le dice: "se murió F., papá...", y luego, como si nada hubiera sucedido continuó hablando de banalidades. ¿Qué hacer allí? ¿Qué decir? El acompañante terapéutico respondió con el silencio y con su presencia, haciendo las veces de soporte de esta paciente, absteniéndose de interpretar y de todo decir. Acto éste que fue posteriormente avalado por el analista, en la reunión con el mismo, en la articulación del trabajo del acompañante terapéutico con la política y la estrategia de quien dirige el tratamiento.

Conclusiones

En resumen, destacaremos a manera de reseña algunos de los momentos en que resulta de importancia la indicación de este recurso:

- En muchas ocasiones, el A. T. se ha podido plantear como una alternativa a la marginación social en que puede derivar un tratamiento sustentado o cronificado en la internación psiquiátrica, posibilitando además en los casos que sea conveniente una mayor permanencia de lazos familiares y sociales.

- Su inclusión favorece y a menudo resulta indispensable para la inserción social del paciente en actividades laborales, educativas o recreativas.

- Esto hace posible, además, la reducción del período de internación, evitando en algunas oportunidades -en función de la estructura subjetiva del paciente y de su contexto cotidiano- la innecesaria prolongación del mismo.

- El A. T., por otra parte, permite sostener la continuidad de un tratamiento entre las distintas instancias del mismo: desde el retorno de la internación al medio familiar y el paso al Hospital de Día, hasta la reinserción de un sujeto en el medio social.

- En los momentos anteriormente descriptos existe un alto riesgo para la recaída, que puede evitarse con un seguimiento más personalizado del paciente, mediante la oportuna inclusión del A. T., permitiendo así regular con mayor precisión esas distintas etapas terapéuticas. Esto resulta primordial si se toma en cuenta que las recaídas cíclicas de muchos pacientes (como ser psicosis y adicciones), tienen como consecuencia un creciente deterioro, cada vez más difícil de remontar.

En el marco de lo que hemos venido desarrollando, sostenemos, de esta manera, que la ventaja de hacer intervenir al A. T. en el dispositivo terapéutico radica en que ese paciente no será uno más en una serie, sino que seguirá contando para los actos de su vida su decisión como sujeto, aun en el caso en que esté constituido en el campo del delirio, o más precisamente por ello.

Y cuando nos referimos a las diversas modalidades de intervención con que puede contar un terapeuta ante esos casos problemáti-

cos, utilizando el recurso del A. T., volvemos a destacar que esas modalidades se inscriben, desde nuestra perspectiva, en la singularidad de cada sujeto, en la lógica de su tratamiento. Esto implicará, por su parte, el trabajo sostenido de un equipo que pueda tener una lectura de cuál es el lugar que ocupan las distintas instancias para cada paciente.

Esta lectura abrirá la posibilidad a que objetivos muchas veces desvirtuados como los de rehabilitación y resocialización no se transformen en obstáculos, toques, sino en puntos de avance, en "estaciones" en el camino de un tratamiento. Aunque coincidimos con lo postulado por Freud cuando plantea que en los objetivos terapéuticos no se detiene la labor analítica, consideramos que tampoco se trata de desechar esos objetivos, como a veces sucede, ni la importancia que puedan tener en ese recorrido los dispositivos alternativos de tratamiento. Porque, por otra parte, si no se piensa en algún tipo de integración social, de rehabilitación en lo social: ¿qué lugar hay para un sujeto psicótico? Ya que en la práctica aparece a menudo una cronificación en distintas instancias en un círculo continuo de idas, vueltas, y recaídas cada vez más frecuentes. Por otro lado, esos objetivos e incluso la posibilidad de sostener un

tratamiento resultan en muchos casos utópicos, en tanto no se contemplan recursos que permitan una salida hacia lo social, y la posibilidad de acompañar terapéuticamente en la cotidianeidad, de contener, en momentos especialmen-

te subjetiva (no es lo que traemos a discusión hoy), también creemos que en esta problemática no podemos negar efectos sociales en el devenir del sujeto que padece estos trastornos.

Es en función de esas intersec-



te complejos, los efectos de una ruptura y un consecuente movimiento de la estructura subjetiva de un paciente. Aunque aquí podemos plantear efectos ineludibles que tienen que ver con la estructu-

ra compleja, producto de los efectos subjetivos y sociales, y de la complejidad de la clínica en estos bordes, donde ubicamos, para finalizar, los lugares privilegiados en que se produce la intervención del A. T. ■

Bibliografía

1. Broca, R., El psicoanálisis en Francia, la psicosis, el hospital; entrevista por D. Gueller. En *Revista Psicoanálisis y el Hospital*, 1994, año 2, N° 4, págs. 101-105. Bs. As.
2. Calligaris, C., *Introducción a una clínica diferencial de las psicosis*. Ed. Nueva Visión. Bs. As., 1991.
3. Freud, S., *Trabajos sobre técnica psicoanalítica. (1911-1915)*. Amorrortu Ed., Bs. As., 1980.
4. Manson, F., *Teoría y clínica del acompañamiento terapéutico*. Inédito.
5. Millas, D., *El psicoanálisis en la clínica del Hospital de día*. En *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, N° 12, volumen 4, 1993. Bs. As.
6. Pulice, G. y Rossi, G., *Acompañamiento terapéutico. Aproximaciones a su conceptualización. Presentación de material clínico*. Ed. Xavier Bóveda. Bs. As., 1994.

"La Colifata"

Entrevista a Alfredo Olivera



por Dominique Wintrebert

Alfredo Olivera tiene 29 años. Está culminando sus estudios de psicología y trabajó como maestro en tareas de alfabetización en barrios carenciados de la Provincia de Buenos Aires. Durante su formación, siendo voluntario en el Hospital José T. Borda de Buenos Aires, tuvo la idea de crear una radio con participación de los pacientes. Esta experiencia, comenzada en agosto de 1991, ha tenido un suceso de audiencia absolutamente inesperado y su reputación ha trascendido ampliamente las fronteras argentinas. Con eco en la prensa internacional y habiéndose hecho acreedora a premios en Congresos de la especialidad, "La Colifata" constituye una de las experiencias más originales y creativas de la rehabilitación psiquiátrica en los últimos tiempos en nuestro país.

Vertex: ¿Cuándo nació La Colifata? ¿Cómo se produjo la elección del nombre?

Alfredo Olivera: Colifata es un término que viene del lunfardo, y refiere a lo que sería "loca"; Colifata está asociada al lenguaje del tango del lunfardo, y tiene la particularidad de que el "colifa" alude a la locura, pero de un modo tal vez no tan agresivo, sino que en su costado casi humorístico.

La Colifata nace como un espacio en un programa de radio, que se emitía una vez por semana, en una FM comunitaria del barrio de San Andrés, fuera del Borda. Ese programa salía al aire una vez por semana, y en cada emisión se trataba un tema en particular. El programa existía antes de que existiera "La Colifata". Yo conocía a los que lo hacían, les comenté que iba al Borda, a un voluntariado, y me invitaron a un programa especial sobre la locura, para que hablara acerca de mi experiencia.

Es en ese momento que se me ocurre que, en vez de que fuera yo quien hablara sobre la experiencia de la locura fueran los mismos internos los que lo hicieran. ¿De qué manera?, a través de grabaciones. Pero sobre todo, lo que en ese momento me pareció más importante, fue el hecho de que se incorporaran a estas audiciones, no sólo una vez para hablar de la locura—es decir su problema—sino que pudiesen

sumar su voz, su pensar y su decir sobre los diversos temas que se trataban en las emisiones.

De este modo, pensaba que dábamos un salto cualitativo respecto del problema de la marginación, que sufre además el que padece la enfermedad psíquica. La voz de los internos se incluía en el contexto del programa a través de grabaciones que se hacían en el Borda y que se llevaban a la radio para su emisión.

Vertex: *¿Este programa, de esa FM comunitaria era un programa regular, es decir que salía una vez por semana?*

Olivera: Sí. Cada semana elegían un tema de tratamiento general, por ejemplo: "La mujer en la sociedad de hoy", "La violencia en el fútbol", temas de interés general, desde políticos hasta por ejemplo "el amor", "la muerte". La gente que hacía el programa era muy joven, la idea era que la construcción del discurso fuera colectiva a través de la participación comunitaria; entonces lo que yo proponía era incluir a aquéllos que habían sido excluidos socialmente en el plano de la palabra: en lo simbólico.

Lo interesante fue que de manera espontánea, los oyentes del programa, gente común, gente de la calle, comenzaban a llamar, y espontáneamente le dirigían preguntas a los internos.

Así nació una especie de comunicación, un ida y vuelta entre la comunidad y los internos.

Los conductores del programa propusieron a los internos ponerle un nombre a la columna del Borda. Cuando llevé la propuesta al hospital un interno comenzó una encuesta entre sus compañeros pero cambió la consigna y directamente preguntó ¿qué nombre le pondrías a nuestra radio?

Vertex: *Se apropió del espacio.*

Olivera: Exacto, lo cual dio la posibilidad de pensar, efectivamente, en una radio propia de los internos.

Hubo 40 posibilidades de nombres distintos; algunos aludían a la locura, pero la mayoría no lo hacían: "Radio Carlos Gardel", "Amanecer Criollo", "Aspen 102", "Radio del Plata", "La Colifata". De todos ellos había que elegir uno, un nombre. Alrededor de una mesa, con un grabador como éste, discutíamos, perdón, "discutían", y yo con ellos, en cómo elegir un nombre. Entonces, uno de ellos, un interno dice "¿por qué no lo mandás nuevamente a la radio y que lo voten los oyentes?". A mí me pareció fantástico porque me daba la medida de que comenzaban a comprender la dinámica, y la posibilidad de intercambio con el afuera. Después comprendí también otras cosas más.

Los cuarenta nombres fueron leídos por radio, los oyentes llamaron y ganó "La Colifata".

Me parece importante la anécdota de la fundación de la radio, porque marca muchas cuestiones. Me parece que una tiene que ver con los lugares de asignación. La propuesta es de un interno, la oferta hacia la sociedad para un nombre, para nominar esta experiencia es muy amplia, no todas aluden a la locura, pero la sociedad, "los oyentes" eligen el que alude a la locura; tiene que ver con un lugar de asignación que viene de un otro que ubica "este es el espacio de la locura, aquí está la locura".

Hoy por hoy algunos, quizás tímidamente, criti-

can este nombre porque creen que no contribuye a desandar el estigma que gira en relación a la locura. Nosotros pensamos que es el nombre indicado, porque, por un lado, refleja un lugar de asignación social, en relación a la locura, pero le da la posibilidad, con el nombre mismo, de cambiarla, la locura como un monstruo grande y malo que genera miedo por desconocimiento, y por lo tanto genera prácticas cotidianas de discriminación y rechazo, por el nombre Colifata que le da un giro humorístico. Permite entonces inaugurar un punto de encuentro, que es la radio, desde un lugar que desdramatiza la cuestión de la locura como un monstruo que genera miedo. Es desde ese punto que se abre la posibilidad de buscar un modo de relación entre los internos de la institución y el resto de la sociedad, donde haya un lugar para la empatía, y la cuestión humorística desdramatiza el problema y permite inaugurar un intercambio desde otro lugar. Además implica la idea de utilizar los medios de comunicación en procesos de rehabilitación.

Vertex: *¿Quién maneja el proyecto?*

Olivera: La globalidad del proyecto la dirijo yo. Somos, en este momento, un equipo de seis personas; en mi caso, soy estudiante avanzado de psicología, hay una psicóloga social, que viene de la escuela de Pichon Riviere, una licenciada en psicología, muy joven, egresada de la UBA, o sea con una orientación más bien psicoanalítica, que hace muy poco que ingresó, así que ella tampoco tiene demasiada experiencia. También hay gente que viene del periodismo, a secas, y de las ciencias de la comunicación. A lo que apuntamos es a trabajar de forma interdisciplinaria, con aportes de estos campos, e incluso de la antropología.

Vertex: *¿Cuáles fueron sus recursos para obtener el equipamiento?*

Olivera: Cuando nace "La Colifata" como radio, se la nombraba "la radio sin antena", y el concepto que estaba detrás era existir a partir de un otro solidario que hace un lugar. Ya circulaba, socialmente, la idea de que existía una radio hecha por internos de un hospital psiquiátrico. El respaldo técnico a esta nominación era un grabador de periodista, y nada más. Era una radio sin ser una radio en el sentido estrictamente técnico. ¿Por qué?: se grababa los días sábados; "La Colifata" era un espacio para la reflexión y discusión de diversos temas, que eran grabados. Posteriormente, durante la semana yo escuchaba las tres horas más o menos de grabación y hacía un trabajo de selección de material, realizaba una edición, muy precaria en ese momento -hoy por hoy tiene otra tecnología- y sedifundía desde la pequeña FM del barrio de San Andrés. Pero a los tres meses de nacida esa experiencia ya estaba saliendo al aire en una de las radios FM más importantes que hay en Argentina, la Rock & Pop. El programa de mayor audiencia en la mañana, ya estaba haciendo conexión con LT 22 radio "La Colifata". Entonces, ¿cuáles eran los recursos técnicos del origen?: un grabador de periodista, un muy rudimentario trabajo de edición, y una posterior distribución en diversas radios que cedían parte de su programación a la radio LT 22 "La Colifa-



ta". En síntesis, sin recursos económicos y casi sin recursos técnicos el fenómeno de la radio, como una radio ejecutada y realizada por internos de un psiquiátrico ya estaba instalada en la sociedad.

A los dos años, apareció una FM de San Miguel, de las afueras de Buenos Aires que donó un pequeño equipo de transmisión con una antena. Recién entonces "La Colifata" tuvo su antena propia. Hasta allí existía sólo a partir de otros que retransmitían.

Cuando "La Colifata" recibe el pequeño equipo de transmisión, no abandona esta primera metodología, sino que comienza a transmitir los días sábados desde el hospital Borda de 14 a 17hs, con un alcance de 200 metros a la redonda, no más, pero suficiente como para que los internos de la institución pudieran escucharse con sus pequeñas radios. Esto era muy bueno porque un fenómeno abstracto se hacía tangible; ellos podían ver el proceso de hacer radio desde el principio hasta el final, desde que se enchufaban los equipos, hasta el buscar la propia frecuencia donde se encontraban a sí mismos.

En toda la evolución de la radio participó la comunidad, ¿de qué modo?, uno de ellos fue organizar festivales a beneficio, con diversos artistas, tanto de la música como de la plástica, y con lo recaudado en estos festivales se compraba lo necesario para equipar técnicamente a la radio, y para solventar los gastos que ocasionaba el repartir los cassettes y los gastos de estructura.

En casi cinco años, no hemos recibido nunca subsidios por parte del estado ni tampoco por ningún organismo ni entidad no gubernamental; recién hace poco logramos el primer subsidio otorgado por una ONG que a su vez recibió fondos de la Secretaría de Desarrollo Social de la Nación. Hoy por hoy "La Colifata" sigue funcionando en un espacio abierto, en un patio del hospital Borda. La radio nace y muere cada sábado, y los equipos se trasladan desde mi casa en tren y colectivo al hospital en donde se arma el equipamiento de radio y a las 17 horas se guardan los equipos y vuelven a viajar a Martínez, donde está mi casa, y allí vuelvo a armar el pequeño estudio para hacer el trabajo de edición durante la semana. Es un absurdo.

Quiero marcar como importante que todos los

avances, incluso los técnicos, fueron resultado de un intercambio con la comunidad.

La semana pasada, llamaron por teléfono unos oyentes de la radio, que se enteraron que viajábamos en tren y colectivo al Borda, con la radio encima; son dos personas mayores, jubilados, que tienen un buen pasar económico, y nos van a regalar un auto para poder trasladar los equipos. "La Colifata" tiene efectos terapéuticos en los pacientes, pero también tiene efectos muy importantes en cuanto a lo que es la promoción y la prevención en salud, lo que tendría que ver con modos de participación comunitaria muy interesantes.

Vertex: ¿El cuerpo médico los ha apoyado?

Olivera: Cuando nace esta experiencia hace cinco años, quizá sufríamos la indiferencia del cuerpo médico respecto de esto, a lo sumo se lo entendía como un espacio para la recreación, en un sentido quizá poco profundo, sentido de recreación en cuanto a estar entretenido, como una actividad que entretenía a los pacientes...

Vertex: ...tratamiento moral...

Olivera: Exacto. Poco a poco fuimos logrando, y tuvimos que demostrar también, que este modelo incipiente de abordaje, de medios de comunicación en proceso de rehabilitación podía tener efectos terapéuticos positivos para los pacientes, y paralelamente, efectos de cambios en la conducta social respecto de este problema. Hoy puede pensarse a "La Colifata" como una importante herramienta de transición, que iría desde hospitales psiquiátricos de tipo asilar hacia otros modelos de atención de la salud, porque justamente hace un cruce, una articulación entre el trabajo clínico y con un trabajo social para generar en la sociedad otra mirada, que tendría que ver con "instalar una pregunta allí donde hay una certeza". La certeza que asocia la locura con la violencia, por un lado, y la peligrosidad y la locura con un estado permanente de insensatez, de delirio, de incoordinación.

Lo que hace "La Colifata" es, desde su nombre mismo, girar hacia la pregunta: ¿Colifata?, Instala una pregunta allí donde estaba la certeza; la pregunta es ¿cuál es el límite entre la locura y la no locura?, ¿qué me pasa a mí en relación a este problema?, una pregunta que se puede instalar desde un punto de encuentro, que tiene que ver con el acceso a la dimensión humana del que sufre mentalmente, y desde esa dimensión humana a la cual el oyente tiene acceso, aparece aquello que nos iguala a todos, que tiene que ver con lo humano justamente, y es desde allí que se inaugura un espacio para poder reflexionar respecto de estos problemas, pero también un espacio para poder intervenir sobre ellos; entonces "La Colifata" también es un corrimiento que lleva la problemática de la locura de ser una cuestión puramente médica y materia solamente para expertos y técnicos, al campo de lo social, y desde allí

se puede pensar la locura como una construcción social, en cuanto a circuito de ideas, y desde allí se pueden incluir nuevos actores de los procesos de recuperación, no solamente técnicos. Obviamente no se trata de cerrar el trabajo técnico específico de los psiquiatras, los médicos, los psicoanalistas, etc., sino de sumarle la intervención de nuevos actores, que son aquellos que tienen la posibilidad de cambiar el miedo inicial por la reflexión y por modos de intervención.

Ahora bien, ¿quiénes son?, ¿de qué manera participan y construyen este espacio, estos nuevos actores? Tendríamos entonces que nombrarlos. Uno de ellos es la comunidad en general; otro son los comunicadores sociales, aquellos que conducen programas de radio; otro somos nosotros, quienes trabajamos en salud, y otro los internos en sí mismos, que a su vez también trabajan en la promoción de la salud.

Vertex: Estábamos en el tema del apoyo médico.

Olivera: Al principio hubo indiferencia.

Nuestra relación con el cuerpo médico nace cuando "La Colifata" comienza a hacer salidas al exterior, para lo cual debíamos solicitar permisos, y explicar para qué queríamos salir.

Había tres posturas desde el cuerpo médico. Una tenía que ver con asociar a "La Colifata" con un peligro de denuncia a los supuestos "atropellos" a derechos humanos que se podrían dar en instituciones de tipo asilar con más de 1200 personas internadas, y el miedo de que el grupo que coordinaba utilizara esto, meramente, como una herramienta de denuncia. Otra postura fue, y esto es sumamente interesante, "apropiémoslo", "hagámoslo nuestro"; entonces hubo algunos sectores que -yo lo he visto- promovieron cables de agencia, presentando la experiencia de la mano del Dr. Fulano; y hubo una tercera postura, que me parece que fue la que prosperó -que me parece la más inteligente- que fue "dejemos que esta experiencia crezca con autonomía, no la institucionalizamos, porque si la institucionalizamos le matamos su esencia; la esencia está en la espontaneidad y el grado de libertad con el cual se manejan los pacientes". "La idea de la gente es 'caíste en el Borda y ya está, fuiste, moriste'; entonces, indirectamente, esto va a traer inevitablemente beneficios para la institución". Entonces apareció una síntesis muy buena que era dejarnos trabajar en libertad, sin ingerencia, pensando que esto iba a traer beneficios. De hecho fue así.

Poco a poco fuimos tejiendo redes de sostén para nuestra experiencia; le demostramos primero a los psicólogos de planta con experiencias concretas: "Juan Pérez está en La Colifata", "está haciendo determinado proceso, ¿usted tiene atención psicoterapéutica, Juan Pérez?", en algunos casos nos decían que sí tenían. Hablábamos con quien lo atendía y le ofrecíamos todo el material, todas las grabaciones de esta persona para que lo utilizara en su estrategia te-



rapéutica, y tendíamos un puente para el intercambio; decíamos "no queremos trabajar con esta persona en una dirección norte, si usted está trabajando en dirección sur, ofrecemos encontrarnos", y esto generaba una respuesta muy positiva, es decir, primero la sorpresa de los profesionales, de nuestro nivel de apertura y nuestro ofrecimiento; de esta manera se dió un intercambio diferente.

Luego pasamos al nivel de jefes de servicio, que incluso en algunos casos recomendaban la participación de pacientes de su servicio en esta experiencia, y hubo algunos casos, ya más puntuales, donde pudimos complementar nuestra tarea con el cuerpo médico y psicológico de la institución, en procesos concretos de rehabilitación.

En síntesis, a la relación con las autoridades y con el cuerpo médico del hospital Borda, la definiría de la siguiente manera: desde el hospital Borda nunca recibimos la más mínima censura para nuestro trabajo. Tampoco recibimos ayuda, ni material ni respecto de un espacio físico. Nosotros con cinco años de trabajo, y con premios, incluso internacionales y algunos del ámbito académico -hemos estado en Holanda en un Congreso de Rehabilitación Psicosocial, donde nuestro trabajo "Práctica de inclusión entre el hospital psiquiátrico y la comunidad" presentado bajo la modalidad de "poster", fue elegido como el mejor del Congreso- no hemos logrado al menos un espacio físico dentro del hospital para poder trabajar. De todos modos yo rescato el habernos dejado una libertad, que no es poca cosa, y la relación con los jefes de sección del hospital, con la inmensa mayoría, hoy por hoy es muy buena.

Vertex: ¿Cuál fue la recepción en el área de la salud mental argentina?

Olivera: Hemos tenido un acercamiento desde fines del 94, con la experiencia de desmanicomialización que se ha hecho en la provincia de Río Negro; radio "La Colifata" tiene un espacio en una radio de Viedma desde hace un año y medio, y en el mes de noviembre del año 95, fue invitada a participar de unas jornadas de intercambio de experiencias entre los usuarios del servicio de Salud Mental de la provincia de Río Negro y los usuarios de radio "La Colifata".

Otra experiencia, que data del año 94, fue un trabajo titulado "LT 22 radio 'La Colifata' o la radio sin antena", que fue presentado en el V Congreso Latinoamericano de Psicólogos y Psicoanalistas en Cuba; nuestra participación fue sugerida por el Dr. Armando Bauleo.

No hemos hecho nada en conjunto con ninguna institución psicoanalítica, aunque de manera informal hemos cambiado ideas con psicoanalistas.

Nosotros definimos "La Colifata", en términos generales, como una gran práctica de inclusión, y en el dispositivo de radio de los días sábados hemos generado técnicas de "inclusión" de temáticas delirantes, o de sujetos que portan un discurso sin lazo, delirante, y hemos podido hablar con algunos psicoanalistas sobre estas técnicas que realizamos.

El concepto sería, trabajar con lo que el sujeto trae, o con lo que le queda de sujeto a este sujeto, si es delirio, es puerta de entrada para el trabajo. Lo que tratamos es de buscar efectos de inclusión. Estos efectos traen para el paciente una posibilidad de ampliar su capacidad de comunicación. Una de las técnicas de inclusión es el radioteatro; por ejemplo, un paciente que viene con una historia mística o con una historia delirante, esa historia a veces es punto de partida para la construcción de un guión delirante colectivo, ¿puedo contarlo a través de un ejemplo? Un paciente del Borda que es boliviano, tenía encuentros periódicos con su amada a través de telepatía y de sueños. Un día, bastante preocupado, comenta que en su último encuentro telepático Julieta, su amada, había decidido abandonarlo. Estábamos en la mesa radial, en un estudio de grabación, fuera del Borda. Le pedimos que hiciera el relato del último encuentro, y él actuó de sí mismo y de su amada, cambiando el timbre de voz. En este relato aparece su amada diciéndole que lo va a abandonar, que no lo quiere ver más; allí paramos, y abrimos este relato al grupo, al resto de los pacientes allí presentes y preguntamos cómo continuamos esta historia. Julieta lo va a abandonar, ¿cómo sigue?; un paciente dice "la puede ir a buscar", ¿a dónde? "a Bolivia" y X dice "y claro, puedo ir en tren", y otro dice "bueno, y yo voy a ser el guarda que los va a bajar del tren", y entre todos sobre la base de la materia prima "delirante" que aportó X, se va construyendo, un guión y se va actuando. Finalmente X retorna a Bolivia, y en el último capítulo se en-

cuentra con su amada, que en esa oportunidad, actúa otro paciente. Se produce algo muy impactante, X se emociona mucho, comienza a llorar y le dice, que nunca la quiso perder, que él la amó, y que le hubiera gustado no perderla nunca. El resultado fue una producción artística, un radioteatro, y después X abandonó el contacto telepático, y apareció Julieta como una persona que en su vida estuvo pero que ya no está.

Vertex: ¿Como una catarsis?

Olivera: Podría ser así. Creo que este es un ejemplo demasiado ambicioso para mi capacidad de poder sostenerlo y fundamentarlo; prefiero, quizás, referirme a cuestiones más pequeñas. Por ejemplo, un paciente que lo único que hace es cantar, y no se comunica con el resto del grupo de ningún modo, si no es a través del canto; en realidad tampoco se comunica, él canta, quiere tomar el micrófono y cantar. Es imposible lograr que él escuche lo que está sucediendo en la mesa de trabajo. Lo que el grupo hace, que es lo que nosotros tratamos de fomentar, es que desde el grupo se le de una sanción, en el sentido de, si este paciente canta, el grupo lo designa corresponsal cantor; entonces don C es el nuevo corresponsal cantor de la radio, y se le hace una credencial. Su puerta de



entrada al grupo se da desde esta función que es cantar. La idea sería funcionalizar el delirio; entonces, el grupo sabe que cuando termina un espacio de discusión vamos a la música y presentan a don C. Su discurso separado e inconexo se funcionaliza en relación a una estructura que le da el grupo. Cuando llega la tanda de la propaganda, don C canta, y nosotros fuimos observando, con el tiempo, que las temáticas que trataba en sus canciones comenzaban a tener que ver con lo que se estaba discutiendo en la mesa; cuando se hablaba de las mujeres, él elegía canciones que tenían que ver con las mujeres. Finalmente don C terminó haciendo un programa folklórico de Santiago del Estero, donde presentaba chacareras y contaba su historia en el campo; la estructura de la radio oficiaba como soporte para que pudiera reconstruir algunos tramos de su historia.

Hay un paciente nuevo, que tiene un discurso mítico, delirante. Aparece algo así como emisario de Cristo en la tierra. La estructura radial lo incluyó como el responsable del cierre de transmisión de la radio.

Vertex: ¿Hubo problemas?, porque en cierta forma se sabe que todo lo que es invisible, como ondas y cosas así, puede influenciar un delirio y hacerlo proliferar en cierto modo. ¿Tuvieron problemas con esto?

Olivera: Hasta ahora no. A mí me resulta un punto muy interesante para pensar, porque uno podría pensar, con este planteo que yo estoy haciendo, que lo que nosotros hacemos es soslayar el delirio, es cómo apuntalarlo; estamos dando un lugar de identidad desde el delirio, y el riesgo sería entonces acentuarlo, o darle punto de partida para el despliegue.

Lo que fuimos viendo con la experiencia, fue que lo más importante aquí era el efecto de inclusión en una trama grupal, que haya otros que esperan "algo" de él, no importa el contenido, si es delirante o no; el efecto es que un discurso que era proliferado al aire, dentro del propio castillo mental, se direcciona a los otros que están allí, se funcionaliza, hace lazo social. Nosotros vemos que, lo que hace marca es ese efecto de inclusión en la trama grupal.

Entonces, tratando resumir lo que usted me pregunta, creo que el contacto cara a cara con la gente permite o acota esta posibilidad que daba el hecho de la abstracción de los mensajes a través de cintas casette.

Hoy, es asombroso ver el grado de consciencia que tienen los internos del Borda respecto de este instrumento que es la radio. Hay muchos que no hacen programas periodísticos, ni les interesa estar toda la tarde, lo utilizan como una herramienta para comunicarse, para mandar mensajes a familiares, por ejemplo: "Hola, soy Juan de tal lugar, quiero mandarle un mensaje a mi madre, que por favor venga a verme, estoy aquí...", terminó de decirlo y se va. Ellos tienen muy clara la función.

Vertex: ¿Reciben dinero los que participan? Si la radio obtiene recursos, ¿cómo se hace la distribución de ese dinero?

Olivera: Radio "Colifata" tiene cinco modos de existencia actual;

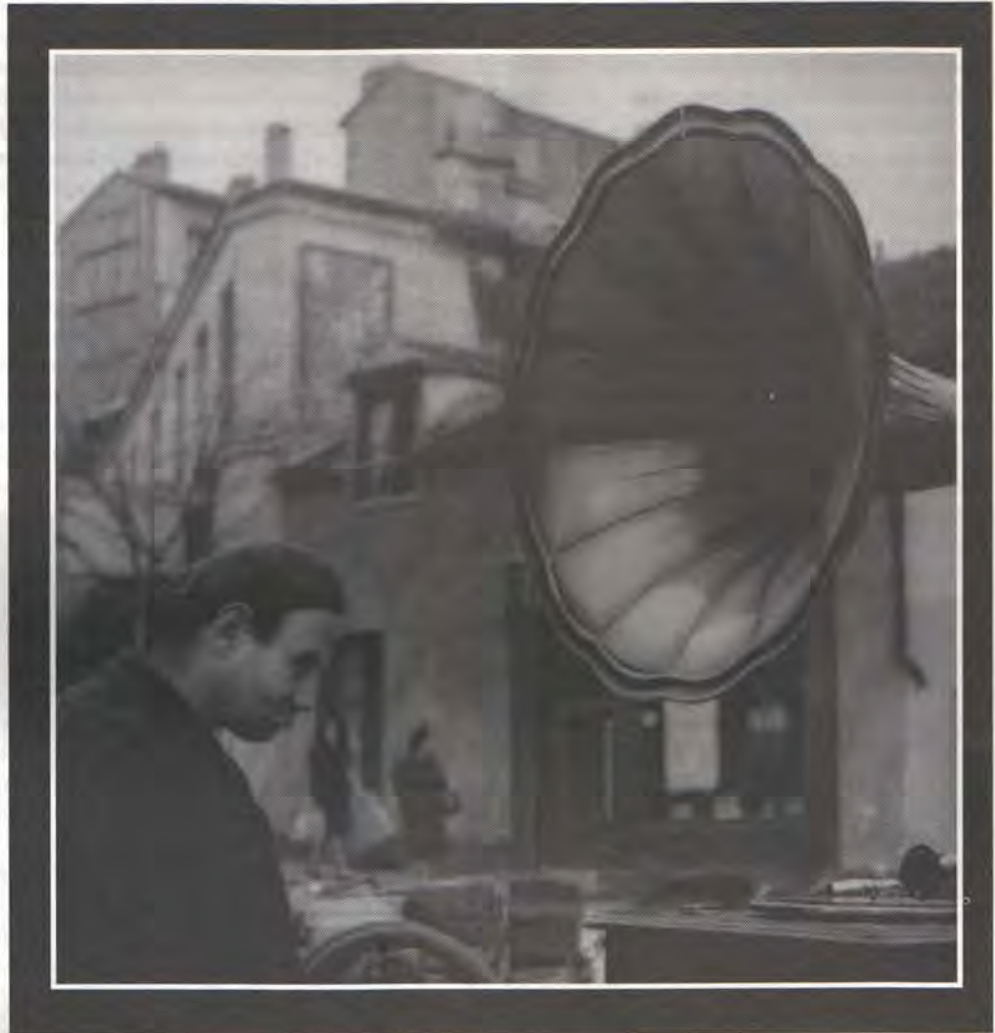
1. radio con antena desde el hospital Borda los días sábados de 14 a 17 hs.

2. lo que seguimos llamando "radio sin antena", sa-

lida a través de otras radios. En este momento 27 radios de todo el país retransmiten, microprogramas,

3. lo que llamamos corresponsales "colifatos", que son enviados por el grupo, un paciente o un grupo de ellos que salen con una misión, con una nota o tema a cubrir y lo traen al grupo,

4. Radio "La Colifata" en vivo, los días martes de 17 a 18 hs. en una FM del barrio de Saavedra, una FM co-



mún de aquí de la capital. Un grupo de internos conduce un programa que dura una hora, ellos lo conducen y hacen parte importante de la producción del programa; allí el contacto con los oyentes es más directo, es a través del teléfono, el oyente llama y ellos pueden hablar directamente,

5. y el quinto modo de existencia es lo que llamamos "Multimedia Colifato", que es la versión gráfica de radio "La Colifata", utilizando el mismo concepto de "radio sin antena", esto es, no nos interesa ser una revista de los pacientes del Borda, porque se agotaría en un mercado muy chico de consumo, por ejemplo allegados, familiares, médicos, etc., nos interesa que ellos puedan producir notas e incluirlas en periódicos de interés general o diarios. Entonces se da un efecto también de igualación de estatus: escribe fulanito que está en el Borda a la par que un sociólogo sobre un determinado tema.

En estos cinco modos operativos de existencia de

la radio, sólo uno de ellos está diseñado para pensar la radio como salida laboral, que es el programa en vivo, donde vemos la posibilidad de que los pacientes puedan recibir una paga por su trabajo. No pensamos nunca que en el espacio de radio hecho en el hospital Borda los días sábados se confunda el plano laboral con el plano de rehabilitación o del bienestar; la paga es el bienestar que obtiene el sujeto por la pertenencia al grupo. De todos modos, este espacio que tiene que ver dentro del proyecto de rehabilitación de "La Colifata" con la parte más acabada de la rehabilitación en un sentido práctico que es "salida laboral" todavía no hemos logrado obtener recursos para la paga. Pero teniendo en cuenta que "La Colifata" ha recibido un premio nacional muy importante, el "Martín Fierro", que es públicamente conocida y que tiene notas por todos lados, es muy factible conseguir auspiciantes para ese espacio. Pero no hemos querido comenzar con eso hasta tanto no hayamos rediseñado el espacio. Cuando aparece la cuestión del dinero hay que tener un montón de otras variables en cuenta que queremos consultar con gente que ya hace años está trabajando en esto. Estamos comenzando a diseñarlo para el año que viene, con la posibilidad de salir en una radio más grande, de mayor alcance, y teniendo un espacio de supervisión para nosotros, y además buscar acuerdos con el Departamento de Rehabilitación del hospital Borda por toda la parte jurídica.

Vertex: *¿De qué vivís?*

Olivera: Yo trabajo en el INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos), soy encuestador, y tengo un sueldo de U\$S 500, es muy poco, pero vivo de eso. De radio "La Colifata" no sólo no recibo ningún tipo de paga por mi labor, sino que muchas veces, entre María Celia que es psicóloga social, que además somos pareja, y yo solventamos los gastos cotidianos de la radio. Por esto es lo anecdótico, nosotros no somos Teresa de Calcuta ni queremos serlo; no somos samaritanos del dolor ni mucho menos; pretendemos trabajar desde lo profesional, porque lo importante no es esta cuestión del sobreesfuerzo personal, lo importante es el modelo en sí que tratamos de construir.

Lo que pensamos nosotros es que justamente el modelo que pretende acercar "La Colifata", es que cada uno, desde su ser normal, tiene un modo de intervenir en procesos de rehabilitación, un modo muy sencillo, sin violentar la esencia de lo que uno es, y esa es la propuesta que damos a través de medios de comunicación.

Vertex: *¿Cómo explicas el éxito de audiencia que tuvo rápidamente "La Colifata"?*

Olivera: Yo creo que son muchas cosas, hay algo que se escapa, que siempre se escapa, que no podemos terminar de saber. Creo que un modo para poder pensar el éxito tiene que ver con lo siguiente: desde lo jurídico la figura del loco, es la figura del alienado, es la figura que se ha perdido de sí; como se ha perdido de sí, no es responsable de sus actos, al no ser responsable de sus actos, pierde también sus derechos civiles, porque está fuera de sí. La pregunta que cabe hacerse es: ¿quién habla cuando habla un loco si no habla el "yo", si no habla el sí mismo?, nosotros creemos que

habla la cultura, y un estado actual de la cultura, y creemos que el discurso del loco, es atravesado por la cultura de tal manera que, más allá de su intencionalidad, el loco es hablado por la cultura, de tal modo que al pasar por este sujeto alienado, por esta cuestión de la condensación y el desplazamiento, ellos logran sintetizar en frases que acomodan, rastros de nuestra identidad cultural y de nuestros conflictos como cuerpo social, y es desde ese lugar que la voz del loco se funcionaliza socialmente; ese es el aporte que ellos tienen como único en relación a otros grupos, al cuerpo social, es un buen espejo donde la sociedad puede verse. El hospital Borda es una especie de Valle de la Luna, como el de San Juan, en cuya superficie hay restos arqueológicos, que nos hablan de la historia, de la vida en el devenir universal. El hospital Borda, los institutos psiquiátricos son reservorios simbólicos, cierto depósito de la simbología enferma social, y lo que habla somos nosotros mismos en nuestros puntos de conflicto, en eso que insiste, y es desde ese lugar que el intercambio que se da entre unos y otros nos iguala, ahí aparece la dimensión humana, y es un espacio donde todos podemos vernos, es por eso que se da también una cuestión de identificación entre el oyente y el interno, no identificación con la patología, sino que a veces en su decir, el loco, condensa problemáticas sociales con una claridad que es realmente asombrosa. Creo que la inclusión de la voz de los "locos" abre la posibilidad también de reconocernos culturalmente, y yo creo que allí radica el éxito de "La Colifata".

Vertex: *¿Cómo ve el futuro de esta experiencia?*

Olivera: Sinceramente, a mí me cuesta, en este momento visualizar el futuro debido a que debemos estar, no sólo yo, sino todo el equipo, exageradamente atentos a lo que nos está ocurriendo en el presente

El año 96 para nosotros fue de un cambio muy brusco. Viajamos al exterior, recibimos un premio nacional, nos han hecho notas en periódicos de todo el mundo, de Inglaterra, de Estados Unidos, de Francia, incluso hasta de Tailandia, ha venido la CNN, también un canal de la TV de Londres; entonces cuesta mucho asimilar ese impacto tan grande, ese crecimiento. En cuanto a la estructura, sigue siendo muy amateur, cuando el nivel de demanda social ya nos exige cierto profesionalismo; entonces para mí el futuro es "no perder el eje" en el presente, que el hecho de que el New York Times saque una nota de media página de "La Colifata" no implica que "La Colifata" es una herramienta con validez científica, implica que asoma una experiencia novedosa.

El hecho de que aún no hayamos podido conceptualizar el nivel de esta experiencia a un nivel importante, no impide que el valor del fenómeno en sí mismo sea muy, muy rico

Si criticamos el modelo asilar, manicomial, tenemos que avanzar en construir una alternativa a ese modelo; el futuro tiene que ver con ir tejiendo redes con otros que están pensando sobre prácticas concretas en terrenos alternativos.

Vertex: *¿Estás en psicoanálisis?*

Olivera: Creo que vamos hacia la construcción de un campo nuevo, que tiene que ver quizás con la sociote-

rapia, o con una psiquiatría comunitaria, o con la generación de espacios de salud, pero no quiero perder de vista el costado clínico, para lo cual hay que rediseñar el dispositivo radial en el futuro, para poder hacer un seguimiento también individual de la persona que entra en este proceso.

Vertex: ¿Qué pasa cuando uno que participa, que tiene un lugar importante es externado del hospital? ¿Pierde su función en la radio?

Olivera: Sí, pero además, eso es clave, eso marca los alcances que tiene el proyecto de radio y también sus limitaciones. De hecho, la mayoría encuentra serios inconvenientes para reinsertarse en forma efectiva,

conseguir un trabajo –el 18% de la población está desocupado– más si a esto se le suma un antecedente psiquiátrico. En general, los que tienen posibilidad de retorno a la sociedad, vuelven al lugar donde también se engendró su enfermedad, su familia; entonces, es muy complicado. Creo que eso marca una falencia de la planificación que se tiene que dar desde el Estado. Hoy por hoy el giro cama en el hospital Borda ha aumentado muchísimo, el tiempo de internación es mucho menor, pero hay, a mi entender, muy serias dificultades para elaborar una transición de reinsertión social. Se da el alta y el hospital vuelve a desentenderse. No hay un acompañamiento hacia la reinsertión ■



el rescate y la memoria



LA MALA VIDA en Buenos Aires*

por Eusebio Gómez

A bogado, graduado en 1902 en la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de Buenos Aires, Eusebio Gómez alcanzó el cargo de Juez Penal a principios de siglo llevando adelante, durante varias décadas, una encendida prédica en contra de la pena de muerte y de los apremios ilegales en el interrogatorio policial, al tiempo que se pronunciaba por una "necesaria y urgente" reforma carcelaria.

Enrolado resueltamente en la corriente positivista del derecho, Gómez fue miembro del Instituto de Criminología, anexo a la Penitenciaría Nacional, creado por ley en 1907, un año antes de la aparición del libro del cual se extractan a continuación, pasajes muy significativos del pensamiento del autor y del grupo al que pertenecía cuyo guía intelectual y primer Director del Instituto y de los "Archivos de Psiquiatría y Criminología", firma el prólogo con la ortografía italiana que aún usaba en la época: José Ingegneros.

El autor de "La Mala Vida..." acude al dispositivo del discurso psiquiátrico positivista encontrando en la obra de los italianos Lombroso y Ferri, los argentinos Ramos Mejía, Ingenieros y De Veyga y en la corriente originada en el concepto de degeneración mental de Agustín Morel "las bases científicas para el estudio de las conductas delictivas en sus modalidades clínicas objetivas y su profilaxis y represión", según se propone el grupo del Instituto de Criminología.

El determinismo naturalista y el evolucionismo sustentan el discurso científico de Gómez para calificar las conductas consideradas antisociales surgidas de la masa de pobres, nativos e inmigrantes, que la crisis europea y el florecimiento capitalista porteño arrojaba a las calles de Buenos Aires.

Selección de textos N. A. Conti y J. C. Stagnaro

* El texto de este artículo está constituido por una selección de pasajes del libro de Eusebio Gómez "La Mala Vida en Buenos Aires", Ed. Juan Roldán, Bs. As., 1908, 240 págs. Se ha respetado la ortografía del original. Las ilustraciones también provienen del original

La Mala Vida en Buenos Aires

Todas las grandes ciudades albergan en su seno á una clase de individuos que hacen del vicio, considerado este en la más compleja acepción del concepto, su medio ordinario de vida.

Clase heterogénea, constituida por sujetos desvinculados del organismo social, y que es llevada á una vida de continua rebelión contra la ley y buenas costumbres, contra la justicia y el orden público, contra todas las condiciones requeridas para la convivencia, valiéndose para ello de todas las armas, así el esfuerzo muscular como los más poderosos inventos de la ciencia y de la industria, y que obedece para asumir tal norma de conducta, á la presión de un concurso de circunstancias variadísimas, propias, características de cada lugar y de cada momento de la historia. Ello ha hecho decir con razón á Nicéforo y Sighele, estudiando la Mala Vida en Roma, que los habitantes de una gran ciudad están á merced de las oleadas de psicología colectiva por los que en esa ciudad alternativamente se atraviesa.

En efecto: la Mala Vida ó, por mejor decir, la manifestación de la Mala Vida en los grandes centros de población, lleva en sí el sello de las circunstancias ambientes, sean éstas de orden telúrico ó social, á tal punto que bien puede afirmarse que en cada uno de aquéllos hay una verdadera cuestión penal, admirablemente caracterizada, en cuanto á nuestro país respecta, por Moyano Gacitúa, al afirmar que esa cuestión consiste en la propia esencia y naturaleza de la criminalidad argentina, en el germen gravísimo que la auscultación del país denuncia, en el cúmulo de cifras, de consideraciones y observaciones que él sugiere y que condensan sobre su porvenir moral oscuros presagios si los estadistas lo descuidan.

[...] El irresistible poder de atracción que ejercen todos los grandes centros urbanos, con sus mil solicitudes, con sus encantos, con sus alegrías y también con sus tristezas y sus dolores, origina la concentración de grandes masas de hombres.

Ahora bien: en todo conjunto de individuos, descúbranse tendencias criminógenas, no propias del conjunto en todos los casos, pero sí naturales en él, por efecto de un hecho



Eusebio Gómez
(1883-1954)

análogo al del cultivo de un microbio, cuya multiplicación en un medio convenientemente elegido, produce, no solamente microbios de la misma especie, sino también microbios dotados de las mismas propiedades individuales que el primero.

[...] La aglomeración en Buenos Aires es cada vez más compacta. En tanto que grandes extensiones de tierra, en el interior del país, reclaman el esfuerzo del hombre, éste se resigna á vivir la vida miserable de la capital.

[...] Ellas, las aglomeraciones, "deprimen el valor moral y económico del pobre de espíritu y escaso de voluntad, haciéndole ceder fácilmente a las mil tentaciones del vicio que engendra el contacto de las multitudes acorraladas".

[...] Los individuos que experimentan estas sucesivas degradaciones, pierden una tras otra todas las ideas de previsión que hubieren podido tener, y engendran en el concubinato, el libertinaje y la prostitución, como los conejos, una crecida prole ilegítima, que si no muere á temprana edad, forma almárgicos de futuros presidiarios".

[...] Buenos Aires es una ciudad nueva; fáltanle, por lo tanto, aquellas condiciones de carácter que son propias de los países ya muy distantes del período salvaje, sin que las formas que nos traen las corrientes inmigratorias sean por sí bastante poderosas como para suplir la deficiencia indicada.

[...] Quiere decir, entónces, sin que ello importe negar la existencia de virtudes, ni desconocer honrosísimas excepciones, que hay en el fondo de la sociabilidad porteña un de-

jo de inmoralidad, que por desgracia no tiende á desaparecer sino simplemente á traducirse en nuevas formas, evolucionando según las mismas leyes de la evolución de la criminalidad: de la violencia al fraude.

Mediante tales circunstancias, y obrando de consuno la influencia de una inmigración no depurada, en manera alguna, inmigración que trae á nuestro país, junto con el hombre verdaderamente trabajador, la resaca extraída de los más bajos fondos de los pueblos europeos, nace en Buenos Aires la plaga de los parásitos sociales.

[...] Anteriormente hemos insinuado que la calidad de las corrientes inmigratorias que llegan al país contribuye en gran parte al desarrollo de la criminalidad.

Ocupándose de este problema, el doctor Moyano Gacitúa llega á afirmar que esas corrientes llevan en sí el sello de la criminalidad más alta de la tierra, en razón de las razas que las constituyen.

[...] La proporción de la raza latina sobre la población total del país es de 975 por mil y teniendo esto en cuenta, así como la opinión de Ferrí, que encuentra en dicha raza el predominio de las tendencias al homicidio general, al asesinato y al infanticidio, es que nuestro autor funda su afirmación, á la que adherimos sin reservas, por ser ella exacta, á todas luces.

La delincuencia profesional

[...] En dos grandes categorías pueden ser agrupados los profesionales del delito: una, la de los que la moderna criminología conoce bajo la denominación de delinquentes *natos*, y cuyo distintivo fundamental es, según las enseñanzas de Ferrí, la ausencia ó atrofia congénita del sentido moral ó social, que es la fuerza y disciplina más poderosa para determinar la conducta para con la sociedad en que se vive; pero en mayor porción transmitido por herencia, como instinto, y que, sólo por condición patológica, consistente especialmente en una neurósis epiléptica, puede faltar desde el nacimiento en los delinquentes *natos* ó locos morales.

La otra categoría es la de los *habituales*, aquellos que comenzaron por un delito ocasional y que, huérfanos

Cuadro demostrativo de la delincuencia en la Capital de la República desde 1897 á 1906, inclusive

Años	Delitos contra las personas		Contra la propiedad		Contra las garantías individuales, orden público y otros		Totales generales		Población de la capital	Proporción de delitos por cada 1000 habitantes
	Número de delitos	Número autores probables	Número de delitos	Número de autores probables	Número de delitos	Número de autores probables	Número de delitos	Número autores probables		
1897	2.640	3.176	4.509	5.322	523	700	7.675	9.201	738.484	10.39
1898	2.734	2.996	4.612	5.167	788	860	8.137	9.023	765.744	10.62
1899	2.697	3.171	3.991	4.662	602	759	7.290	8.572	795.323	9.16
1900	3.003	3.309	4.027	4.670	632	818	7.662	8.797	821.293	9.57
1901	2.944	3.521	4.710	5.646	641	896	8.295	10.063	848.367	9.79
1902	2.845	3.421	5.200	6.082	777	990	8.831	10.495	870.237	10.14
1903	2.574	3.022	4.133	4.664	590	757	7.297	8.443	895.381	8.15
1904	2.821	3.297	3.887	4.427	579	829	7.287	8.553	979.318	7.44
1905	2.940	3.424	3.902	4.488	494	719	7.336	8.631	1.025.653	7.15
1906	3.225	3.889	3.744	4.327	606	809	7.585	9.025	1.084.113	6.99
Totales	28.423	33.226	46.715	49.455	6.232	8.137	76.395	90.603		

de una protección humana y lógica, que hubiera podido encauzarlos en una vida de honestidad, encuentran, por el contrario, en el ambiente social el estímulo para continuar por la senda del vicio. Son, como dice el mismo Ferri, los naufragos de la sociedad que arrastran su existencia en la sentina purulenta y crónica de los delitos mediocres y las reincidencias irreparables.

Para la determinación de cada tipo delincuente necesario será atenerse á las conclusiones de la psicopatología criminal y á las clasificaciones basadas en la misma, de las cuales, la formulada por Ingegneros es la más comprensiva, la más clara, y dicho sea en estricta justicia, la más científica. De acuerdo con esa clasificación, que ha derribado muchos prejuicios y ha puesto en claro más de un error de los precursores de la nueva ciencia penal, entendemos que los delincuentes son delincuentes natos, habituales ó de ocasión, por efecto de anomalías morales (distimias), intelectuales (disgnosias) ó volitivas (disbulias).

El contingente que la primera de las categorías enunciadas (natos) aporta á nuestra delincuencia profesional es poco considerable. Son los habituales, aquellos que proceden por el imperio de su perversión moral, los que forman la inmensa mayoría de la masa delincuente de Buenos Aires.

[...] Venimos hablando sólo de los delincuentes nacidos y formados

en el país; ¿qué decir de la falange de malhechores de todo género, que de todos los puntos de la tierra vienen á establecer en esta ciudad el centro de sus operaciones? Ellos constituyen el grueso del ejército delincuente, y si se considera que, como dice el Dr. Moyano Gacitúa, "todas las nacionalidades al trasladarse de un país á otro aumentan su índice de criminalidad"; si se tiene en cuenta la observación del mismo autor de que "el inmigrante no se disemina, que queda en número excesivo en las capitales, de postulante de trabajo que allí no existe; que se derrama por las calles luchando á brazo partido con la necesidad, viviendo en mancomún y promiscuidad con los paisanos, fomentando huelgas y desórdenes, sirviendo á la vez de elemento agitador y agitable y produciendo concurrencia desesperadora con el obrero que ya existía;" si se tiene en cuenta todo esto, decimos, quedará con ello definido el proceso de la génesis y desarrollo del "lunfardo", nombre con que, en la jerga delincuente, se designa al profesional del robo.

Ladrones y usureros

Sabemos ya cuales son los delincuentes que, según la criminología, deben incluirse en el grupo social á que llamamos "Mala Vida"; sabemos, así mismo, cómo nacen y se desarrollan; veamos ahora cómo operan y para ello establezcamos distintas categorías, diferenciándolas entre sí por las cualidades y los

procedimientos de los individuos clasificados.

[...] Los *lunfardos ladrones* son los que roban ó hurtan, o en otros términos, los que *sustraen* lo ajeno por la fuerza sobre las cosas ó la violencia sobre las personas (robo) ó los que verifican esa misma sustracción de una manera clandestina (hurto).

El estafador no *sustraer* la cosa ajena, *invito domino* como el ladrón, sinó que, valiéndose del fraude, de la astucia, del engaño, en una palabra, obtiene la entrega voluntaria del objeto del delito.

[...] a) *Los ladrones*

De este grupo pudiera hacerse una primera subdivisión que ya hemos indicado: los que roban, en el concepto legal, y los que hurtan.

El tipo clásico del ladrón, caracterizado por la violencia, es el *scrushante*; es, como ha dicho Salillas, refiriéndose al equivalente del hampa de España, un ser agresivo, pertrechado para la agresión. Su temibilidad es, pues, evidente.

El *scrushante* es el ladrón que penetra á las casas para realizar su intento. Jamás opera solo; su labor es complicada y peligrosa y requiere el concurso esencial de dos auxiliares: un *aprendiz* y un *campana*.

[...] En la mayoría de los casos los *scrushantes* proceden en virtud de los datos y referencias que les suministran los *entregadores*. Son éstos, individuos íntimamente vinculados á los ladrones, que, á cambio de sus informes, reciben una re-

muneración proporcionada á la importancia del *trabajo*.

[...] El robo con violencia sobre las personas ocurre pocas veces en Buenos Aires, lo que se explica naturalmente porque, la índole misma de esos hechos, los hace difíciles, casi imposibles, en el seno de toda gran ciudad. No obstante, preséntanse, de vez en cuando, casos de salteamiento. Sus autores son los *biabistas* y asaltan á mano armada en los barrios suburbanos, escasos de luz y deficientemente vigilados. Se llaman *biabistas* porque *dan la biaba*, es decir, golpean ó hieren, y según haya habido ó no derramamiento de sangre, la *biaba* es *con caldo* ó es *seca*.

El *biabista* es un retardado en la evolución general del delito: mientras en mérito de esa evolución, las formas violentas de la criminalidad han sido sustituidas por las formas fraudulentas y astutas, aquél permanece todavía en el primer grado de la evolución. En la gerarquía del crimen es pues, el *biabista*, un ser inferior.

[...] Los *lunfardos* que se dedican al hurto constituyen la casi totalidad del grupo malviviente que estudiamos. Pueden ser clasificados en varias categorías, cada una de ellas con modalidades propias, características. Observando esas categorías puede notarse, sin mayor esfuerzo, el desarrollo del instinto criminoso desde sus comienzos.

Iniciaremos su enumeración con los *jicadores* que forman la serie más rudimentaria de la escala. Son menores de seis á doce años de edad, todo lo más. En virtud de quién sabe qué proceso misterioso de su espíritu, ya tienden, á pesar de sus cortos años, á formar verdaderas asociaciones para delinquir, cosa que parece imposible; y sin embargo, esas asociaciones existen, perfectamente organizadas, con sus jefes y con procedimientos bien establecidos.

[...] Los *jicadores*, á que nos venimos refiriendo, hurtan los objetos que se exhiben en los escaparates de las casas de comercio, introduciendo un alambre en las chavetas de las vidrieras para pescar esos objetos.

Vienen luego los *espiantadores*, cuya acción ya implica un progreso, porque corriendo mayores riesgos, el delincuente revela un mayor grado de audacia.

El *espiente* es el hurto de artículos de las tiendas y almacenes, que

llevan á cabo, generalmente, muchachos de corta edad. Roban sin arte, arrebatando violentamente los objetos que encuentran á la mano y dándose á la fuga, sin preocuparse de si han sido ó no sorprendidos, y sin poner mayor empeño en evitar el descubrimiento del hecho.

El *espiente de arrebato* es aquel en el que, como su nombre lo indica, el delincuente arrebató la cartera, alhajas ú otro cualquiera objeto que la víctima lleva consigo. En las grandes festividades, merced á las aglomeraciones de gente, el arrebato es un hecho común.

[...] Los *burristas* ó *burreros* (de burro: cajón, en el argot lunfardo) son menores de ocho á doce años



Ladrón profesional

de edad, que obran asociados á ladrones profesionales, sugestionados por ellos y por ellos iniciados en el delito.

El *burrista* penetra á una casa de negocio, por lo general almacén ó agencia de lotería, y gracias á su pequeña estatura, que le permite pasar casi desapercibido, se oculta debajo del mostrador, en cuanto el dueño se distrae, y permanece horas enteras, á la expectativa del momento oportuno. Una vez que ha dado su golpe, apoderándose del dinero que encuentra en el cajón, dispara.

[...] Estudiado ya el *scrushante*, debemos ocuparnos ahora del *punguista*.

No es posible definirlo mejor que como lo ha hecho Salillas refiriéndose al "tomador del dos" ma-

drileño, tipo equivalente á una de las categorías de nuestros *punguistas*. "Es el que con apropiada táctica y estrategia, y valiéndose de su especial habilidad manual, especificada en dos dedos de la mano derecha (el pulgar y el índice) sustrae hábilmente del bolsillo en que un propietario los lleva, ó de la prenda en que están sujetos, los relojes, carteras y alfileres.

[...] Para completar esta larga y desconsoladora enumeración de los profesionales del robo, debemos ocuparnos de las *mecheras* y *ladrones de gallinas*.

Las primeras son las ladronas de tiendas y de iglesias.

Su delito fué estudiado ya, desde hace tiempo por los alienistas, que encontraron en sus autoras todos los síntomas de una anomalía mental, designada por ellos con el nombre de *cleptomanía*.

[...] Alguien ha pretendido establecer, que la mitad de las ladronas de tiendas pertenecen á la clínica; que una cuarta parte procede bajo el influjo de la necesidad; y que la cuarta parte restante constituye el grupo de las profesionales. Es á estas á las que queremos referirnos.

Las *mecheras* usan una pollera especial cuyos pliegues disimulan un enorme bolsillo, en el que introducen las mercaderías que hurtan, merced al descuido de los comerciantes. A veces son acompañadas por uno ó dos niños que les sirven de cooperadores en su *trabajo*.

[...] Los *ladrones de gallinas* tienen su campo de acción en los barrios apartados de la ciudad, donde, los claros que deja una edificación poco compacta, les permiten introducirse á las casas para realizar su *trabajo*.

[...] b) *Los estafadores*

El delito de estafa consiste, como antes dijimos, en el empleo de maniobras fraudulentas par adquirir un bien de otro. En el sentido legal hay estafa siempre que con nombre supuesto, calidad simulada, falsos títulos ó influencia mentida, se defraude á alguien, aparentando bienes, comisión, empresa, negociación, ó, en general, empleando para el efecto cualquier otro ardid ó engaño.

[...] El estafador típico, dentro de la delincuencia bonaerense, es el

cuentero del tío. Mediante esa elección adivinatoria, á que se refiere Quirós, el *cuentero* sabe encontrar á su candidato (otario) campaneándolo, generalmente, entre los forasteros, á veces en las mismas estaciones de ferrocarriles, en complicidad con corredores de hoteles, que se valen de este oficio para delinquir, actuando como *entregadores*.

[...] El cuento del tío, que ha conservado su denominación originaria, (la herencia de un tío que había que entregar á un niño huérfano), ofrece un sinnúmero de variedades, de las cuales, la más común, es la del *toco mocho*.

En este cuento, el estafador declara poseer un billete de lotería, cuya numeración adulterada coincide con la que, en el extracto corresponde á un premio más ó menos considerable, según los recursos de que, se supone, puede disponer la víctima. El estafador le pide á éste que se lo pague, perdiendo siempre una buena parte del premio, con lo que logra estimular y decidir al otario.

[...] Merced á esos recursos y procedimientos, los estafadores, cualquiera que sea el lugar donde se les observe, han llegado á constituir la aristocracia del mundo lunfardo, no permitiendo de ninguna manera, que se les confunda con los otros delincuentes. Se sienten orgullosos de su ocupación, en la que, como dice Gil Maestre, no ven el dolo, sino una lucha de su habilidad y práctica contra la malicia de los engañados.

[...] Los parásitos del robo, de los que debemos ocuparnos ahora, son individuos sin la suficiente audacia como para cometer el delito por sí, afrontando todas sus contingencias, pero lo bastante miserables como para aprovechar de los resultados de los que otros cometen.

[...] A esta categoría pertenecen los entregadores, de que ya hicimos mención, los *reducidores*, los *prestamistas* y los *afanadores de chorros*.

Los *reducidores* son auxiliares esenciales del ladrón, cuando no sus cómplices ó instigadores; compran los objetos robados, explotando á los vendedores, conociendo, como conocen, la procedencia de lo que adquieren.

[...] El *prestamista* es un usurero que, no conforme con las transacciones ruinosas á que obliga á los, empleados y pequeños comercian-



Ladrón reincidente

tes, se decide á operar con los profesionales del robo, alucinado por las perspectivas de un tanto por ciento más crecido y por las mayores seguridades que ofrece un deudor de esta clase, temeroso de que su falta de cumplimiento pueda motivar una denuncia ante la justicia.

[...] Los *afanadores de chorros*, frase que en el argot lunfardo equivale á *ladrones de ladrones*, son individuos que parece que tuvieran en cuenta aquello de que "quien roba á un ladrón há cien años de perdón", y buscan entonces sus víctimas entre los profesionales del robo, hospedándolos en sus casas, sobre todo después de un *golpe*. Conocedores de la situación de aquellos les roban en diversas formas, ejercitando un verdadero *chantage*.

[...] Las necesidades de la propia defensa han contribuido, en gran parte, á la creación de un lenguaje *sui géneris*, de que los delincuentes se valen en la encarnizada lucha que sostienen contra el organismo social. Ese lenguaje es el *argot*.

Anatomatizando esta palabra, dice Nicéforo, se infiere claramente, el concepto que la informa. Es un doble concepto: el de la agudeza del arma y el de la incomprendibilidad. La primera suministra la idea del arma insidiosa, del arma que ofende burlando y que hiere con ironía, con toda la sutileza del estileto. La impenetrabilidad nos sugiere la idea del disfraz que requiere el malhechor para despistar á sus eternos perseguidores.

No puede ser, sin embargo, la necesidad á que nos referimos, la única causa originaria de la jerga delincuente; esto es indudable, porque una vez conocida, ella dejaría de responder á esa necesidad. Hay otra razón fundamental: los estados de conciencia del delincuente, sobre todo del delincuente profesional, que es el que domina ese lenguaje, son estados especialísimos, determinados por la influencia del germen hereditario, por el concurso de determinadas aptitudes, por formas diversas de degeneración, por la irresistibilidad de los impulsos y por la concurrencia de los factores externos, que encontrando campo propicio en las anomalías que ofrece el alma criminal, alteran el proceso normal de los sentimientos, de las ideaciones y de las voliciones. En una palabra: los delincuentes piensan y sienten de distinto modo que los hombres normales, y es lógico que á esta distinta manera de pensar y de sentir corresponda una distinta manera de expresar esas ideas y sentimientos.

[...] El argot de los criminales de Buenos Aires contiene multitud de locuciones, cuyo empleo, como hace notar Drago, revela la necesidad de recurrir en ciertos casos á una gerigonza especial, desconocida de los profanos; pero, en cambio, otras de esas locuciones, demuestran á las claras su origen profesional.

[...] Es de advertir que, la mayoría de las voces que constituyen la jerga de nuestros delincuentes, derivan de las de otros países, hecho perfectamente explicable en virtud del contingente que el elemento inmigratorio aporta á la criminalidad bonaerense.

Sin la pretensión de enumerar minuciosamente esas voces, tarea que sería demasiado larga, porque la jerga ha ido poco á poco perfeccionándose y ensanchando el círculo de su léxico, hasta constituir un verdadero *slang*, como muy bien dice Drago, reproduciremos aquí algunos de los vocablos más comúnmente usados entre los lunfardos.

Afanar, robar.

Biaba, salteamiento. (Según Drago, la palabra se refiere al salteamiento á *mano armada*; pero este recurso no suele emplearse siempre por los biabistas, que muchas veces, operan sin armas).

Bulín, despacho de bebidas y también la casa donde el lunfardo tiene á la *mina* (querida). En esta úl-

tima acepción emplean así mismo la palabra *cotorro*.

Batir, batir ruina— Denunciar un delito.

Bufoso, a— Revólver, pistola.

Cana, estar en cana ó encanado— Estar preso.

La *cana* es término con que se designa al agente de policía, conocido también por chafe o botón.

Bobo— Reloj.

Espiante, género especial de robo, que ya hemos estudiado. *Espiantar* indica, además, la acción de irse. Los *canfinfleros* dicen: *no hay mina que no se espiante cuando el bacán* (amante) *anda misho* (pobre).

Mayorengo— Oficial de policía. *Mayorengo á la gorda*— Comisario.

La Quinta— La penitenciaría.

Giro— El recorrido por las comisarías de los ladrones profesionales por parte de los agentes. (*Mangiamiento*). A esto le llama también *bailar el valse*. *Giranta*: La prostituta que busca sus clientes en la vía pública.



Ladrón profesional

La prostitución

La prostitución, consistente en el tráfico habitual que una mujer hace de sí misma, subordinando á un lucro sus relaciones sexuales, y que como ha dicho Bebel, es una institución social necesaria, lo mismo que la policía, el ejército permanente y la iglesia, no debe ser considerada por nosotros sinó en el sentido indicado, único en virtud del cual implica una de las tantas manifestaciones de la "Mala Vida"

[...] La prostitución no es, por otra parte, sinó un equivalente ó un derivativo de la criminalidad. Los factores que intervienen en la génesis de la una se encuentran, en la misma proporción y en igual intensidad, en la génesis de la otra. El hombre, que por defecto de constitución orgánica ó por el influjo de causas externas, que no le es dado evitar, véase en la imposibilidad de seguir por la senda de la honestidad sinó concluye con su existencia, cae, fatalmente en el delito. La mujer, en paridad de condiciones, se hace prostituta.

El problema de la equivalencia entre la prostitución y el delito, equivalencia que Lombroso considera innegable, no ha sido resuelto, empero, definitivamente.

[...] Feré reconoce la dificultad

de establecer, á ciencia cierta, si la prostitución, que no afecta á la propiedad y á la vida ajena, debe entrar en el cuadro de la criminalidad ordinaria, tanto más cuanto que, en el estado actual de nuestra civilización, las relaciones sexuales se verifican en tal forma que los límites de la prostitución no están bien determinados, pero reconoce, que, si la criminalidad tiene, en definitiva, por móvil principal, el deseo excesivo de procurarse la mayor cantidad de bienes con el menor esfuerzo posible, hasta apoderarse del trabajo ajeno, *se puede decir que la prostitución tiene el mismo origen que el crimen: prostitutas y criminales tienen por carácter común el ser improductivos y, por tanto, antisociales*, y termina conviniendo en que, "la prostitución constituye una forma de criminalidad, una criminalidad de impotencia que libra á la mujer, más á menudo que al hombre, de la criminalidad violenta ó destructiva".

Adherimos sin reservas á la opinión de Feré, entendiendo que es ella la que más se ajusta á la reali-

dad de los hechos y al concepto positivista de la delincuencia.

[...] ¿Porqué se prostituye la mujer? Dijimos antes que en la génesis del fenómeno que se llama prostitución intervienen los mismos factores que, en la producción del delito, y así es en realidad.

En muchos casos prevalece el factor antropológico. Lombroso, y antes que él la señora Tarnowski, han comprobado la frecuencia de la locura moral en una gran parte de prostitutas, á las que el primero designa bajo la denominación de *prostitutas natas*, por encontrar en ellas, no sólo el síntoma apuntado, sinó también la ausencia de sentimientos maternales, la tendencia al delito, especialmente al robo, la pasión por los licores, la avaricia, que llega á lo insaciable, y la falta más completa de pudor, que es la mayor de sus degeneraciones, y que constituye su verdadera *moral sanity*.

La influencia hereditaria suele ser poderosa. Hemos conocido una familia en la que, desde la abuela, todas las mujeres fueron prostitutas. Una de ellas, jactándose del hecho, nos repetía el viejo refrán castellano: *puta la madre, puta la hija y puta la manta que las cobija*.

Pero es en el ambiente social donde se encuentra el mayor número de causas determinantes del mal de que hablamos: la miseria y la falta de educación moral especialmente.

[...] En cuanto á la deficiente educación moral de las mujeres pobres, nacidas en hogares donde la vida de trabajo asiduo no concede el tiempo necesario para preocuparse del cultivo de los sentimientos, su resultado es el mismo en la casi totalidad de los casos: aquellas abrazan desenfrenadamente el libertinaje y la impudicia, convirtiéndolos en su medio ordinario de existencia.

[...] Las consideraciones anteriores, claro está, se refieren á la prostituta que llamaremos criolla, por oposición á la "importada", que, cuando no es ya una mujer veterana en las prácticas del oficio, viene en calidad de "esclava blanca", sometida á la potestad inflexible del cañen ó mercader de carne blanca.

[...] Descúbrense, en la primera, ciertos rasgos de nobleza, de que la otra parece ser incapaz. La pasión del amor verdadero, pasión que en oportunidades se presenta con ca-



Sara, invertido sexual

racteres obsesionantes, es muy general en la prostituta criolla, la que, además, muéstrase desprovista de esa fiebre de acumular dinero que caracteriza á la meretriz importada, y que se justifica perfectamente si se recuerda que su aspiración mayor es la de volver á su suelo natal para vivir allí una vida de descanso y de relativa honestidad.

[...] La base de la prostitución, especialmente de la prostitución reglamentada, es el burdel ó casa pública de mujeres de "Mala Vida". "Burdel dice Escriche, viene de la palabra francesa *bordel*, que antiguamente se decía *bordeau*, y significa á flor de agua ó en la ribera del mar, por alusión al epíteto de Venus, llamada Afrodita, esto es, nacida de la espuma del mar".

[...] El prostíbulo, en la actualidad, es cosa bien distinta: ni son posibles las aglomeraciones de gente, ni es permitido el expendio de bebidas alcohólicas, ni puede prescindirse en él de la observancia de otras formalidades que han contribuido eficazmente á quitarle el carácter que otrora revistiera, y en mérito del cual era con razón considerado como el foco de incubación de todos los ataques contra la seguridad y el orden.

Los homosexuales

Entre los vicios de las grandes ciudades cabe hacer notar los que resultan de la existencia de ciertos

sujetos, cuyo ligero examen vamos á hacer, y á los que, siguiendo la terminología de la ciencia contemporánea, designamos con la denominación de invertidos sexuales.

Un fenómeno se advierte á poco que se profundice la observación de esas ciudades: es la tendencia creciente á buscar la satisfacción de los apetitos que determinan el instinto sexual con procedimientos contrarios á las leyes de la naturaleza.

[...] Consiste la homosexualidad en la inclinación hacia las personas del mismo sexo, para el cumplimiento y satisfacción de los apetitos carnales. Cuando la inclinación indicada es de hombre á hombre, se llama uranismo ó pederastia; safismo ó tribadismo cuando es de mujer á mujer.

La sodomía es el término que sirve para distinguir á las relaciones sexuales caracterizadas por la *inmissio membri in anum*, sean esas relaciones entre personas de distinto sexo ó pertenecientes ambas al mismo.

La pederastia reviste normas diversas: la masturbación recíproca, el coito anal y la *inmissio penis in os alterius*. (Coito bucal).

Las causas de esta repugnante aberración, no han sido, hasta ahora, establecidas de una manera concluyente. Una teoría dice que "todos los seres humanos son hermafroditas durante los tres primeros meses de la vida intrauterina, y que, recién al cabo de este período de tiempo, se atrofian los órganos de uno de los dos sexos y al mismo tiempo, también, el centro cerebral que debía presidir las funciones de aquellos; y es así como se explican en el hombre las inútiles tetillas y el rafe escrotal por donde se produjo el cierre de su vulva, y en la mujer el clitoris (un pene rudimentario), y los epididimos, que posee en estado atrofiado. Mientras el ser humano posee los dos sexos, debe poseer también los sistemas psíquicos que, en adelante, habrán de presidir las funciones de las dos especies de órganos sexuales; si entonces sucede que en el desarrollo posterior del feto los dos sexos se reducen á uno solo, y si al mismo tiempo se atrofia el sistema psíquico opuesto á los órganos sexuales que desaparecen, se tendrá un individuo con inclinaciones sexuales opuestas á la naturaleza de sus órganos; el dotado aparentemente como hombre, se sentirá hembra, será un andrógino, un pederasta pasivo; mientras

que el individuo dotado anatómicamente como mujer, se sentirá macho y deseará unirse con un individuo del sexo femenino para entregarse al amor lésbico".

Mendicidad y vagancia

La mendicidad es uno de los graves males que afligen á todas las grandes ciudades. Las condiciones de vida dentro del régimen del individualismo económico, la determinan de un modo ineludible, como consecuencia de esa ley, tan admirablemente explicada por Enrique Ferri, y en cuya virtud la propiedad se centraliza progresivamente en un número cada vez más restringido de personas. Allá donde haya riquezas, allá se encontrará la miseria; pero no sólo esa miseria que forma algo así como el *substratum* de la cuestión social, no sólo la miseria que aflige á los individuos que militan en las filas del ejército del trabajo, sino la miseria afectando esa forma dolorosa de la mendicidad, que es, y fué considerada siempre, como la antecámara del delito.

[...] Buenos Aires alberga en su seno á un número no despreciable de individuos que hacen profesión de la mendicidad, y en sus calles ya comienza á notarse el tristísimo espectáculo de los lisiados, físicamente lisiados unos, moralmente otros, que imploran con voz lastimera la caridad pública.

[...] Entre nosotros, ¿se ha hecho algo, acaso, que permita ni siquiera pensar en la posibilidad de colocar á los mendigos bajo la férula de leyes represivas? El asilo que para ellos se ha destinado en Buenos Aires es una ironía; es algo peor: es la simulación más grotesca de la asistencia social. Para ingresar á él ¡cuántos requisitos han de satisfacer los desvalidos, cuántas influencias han de poner en juego!

[...] Las causas del vagabundaje son variadas y su estudio ofrece dificultades. Sin negar de una manera absoluta la teoría que considera á los vagabundos como enfermos y que los clasifica en el grupo de los monomaníacos, razonando, pero procediendo en un sentido contrario á sus intereses, á sus afecciones y á todas las prácticas sociales, debemos reconocer, sin embargo, que

los factores externos actúan eficazmente en la producción del fenómeno. La defectuosa educación moral y la miseria dan origen al vagabundaje, máxime, cuando como ocurre en la generalidad de los casos, estos factores vienen a influir sobre las naturalezas predisuestas por el estigma de una herencia morbosa. Así se explica que todo vagabundo pueda considerarse como poseedor de la potencialidad necesaria para llegar al delito.

Los parásitos de la superstición

La supervivencia de las más antiguas supersticiones y, como consecuencia de ella, una credulidad inconcebible, caracterizan a todos los pueblos, por muy avanzado que sea el grado de su civilización. Como es lógico suponerlo, el hecho determina el nacimiento de una clase especial de parásitos; ¿hay, acaso, algo más explotable que ese fenómeno que se llama la superstición?

Los que ejercitan el llamado ministerio de la religión, esclavizando el espíritu humano por medio del dogma y de la superchería, bases fundamentales de aquella; y los que, en tal forma, alterando la verdad y sustituyendo por el absurdo y la impostura explotan a los creyentes, obteniendo de ellos, so color de limosnas ú ofrendas pías, cantidades de dinero, son parásitos del cuerpo social; porque tales ofrendas ó limosnas no tienen otra aplicación que el mantenimiento del culto, ó, más claramente, de los que lo practican, en carácter de sacerdotes.

Millares de frailes y monjas han invadido a nuestro país, radicándose en Buenos Aires, especialmente. La existencia de fortunas considerables les brinda un campo propicio para su parasitismo.

Productos inevitables de un estado social, sólo cabe la esperanza de que una nueva faz del proceso evolutivo de la humanidad determine su extinción completa. Reconozcamos su carácter parasitario no obstante, é incluyámoslos, sin vacilar, en el conjunto de la "Mala Vida"

[...] Las adivinas constituyen otra de las plagas de esta ciudad. Viven embaucando a las gentes sencillas, prediciéndoles lo que está por venir y asegurándoles el goce de la salud y riquezas, la conquista del amor.

[...] La "ciencia profética", el *sonambulismo*, "la sugestión del pensamiento por las cenizas de una carta", el *espiritismo*, la quiromancia, la cartomancia, el "poder hipno-magnético", tales son los pretendidos recursos de que la adivina se vale para realizar los prodigios que asegura.

[...] El charlatanismo no es, por desgracia, un procedimiento exclusivo de semejantes impostores. Médicos de verdad, en el sentido de que han alcanzado un título universitario, también lo practican.

El Dr. J. M. Ramos Mejía ha estudiado con esa fina observación que es la característica resaltante de todos sus trabajos, al *médico-gitano*, "insecto que busca su expansión nutritiva explotando la pobreza y simulando talentos, cuando no los tiene, para triunfar más fácilmente en las luchas por la personalidad".

El médico charlatán, es á veces, el fundador, presidente, tesorero y todo, de imaginarias sociedades de socorros mutuos, lo que es un procedimiento muy práctico para cosechar enfermos, "como otros, rábanos y melones", dice Ramos Mejía.

[...] La clase de los médicos gitanos aumenta por instantes, bien lo estamos viendo, y al paso que vamos "suprimiendo la vergüenza, llegaremos hasta el buhonero profesional que ofrecerá el auxilio y la receta á la puerta de las casas con el grito peculiar de aquel incansable peregrino: *reumatismo, catarro dispepsia, ¿precisa?*".

Profilaxia de la Mala Vida

Fervorosos discípulos del determinismo científico, entendemos que todos los hechos humanos, sociales ó antisociales, obedecen al imperio irresistible de factores externos é internos, y consideramos, por tanto, que el sistema de la represión basado en el concepto anacrónico de la responsabilidad moral, efecto del libre albedrío, no disminuirá, ni debilitará la influencia nefasta de los que viven en perpetua rebelión contra el orden de las sociedades. Son aquellos factores, son las *causas destructibles* las que deben extirparse. Es el rigorismo de la represión el que debe ser sustituido por el humanitarismo de la prevención; y al fin vindicativo de la pena, cuando, á



Invertido sexual

pesar de todo corresponda aplicarla, debe reemplazar el propósito, rigurosamente defensivo, como su único y racional fundamento.

Son, pues, de un lado la educación moral, y de otro las posibles reformas sociales, las únicas fuerzas capaces de provocar una elevación de la vida.

[...] Hagamos á la educación más integral y más humana, tratemos de que ella destruya los estratos atávicos que dan origen á las explosiones del mal.

[...] Brindemos justicia al pueblo para que el pueblo sea bueno, y siguiendo los consejos que un maestro, el Dr. Joaquín V. González, nos diera en magistral discurso(1) cuyo recuerdo jamás se disipará de nuestra memoria, "auscultemos los pulmones de estos enormes monstruos, las ciudades modernas, donde se desarrolla su vida tumultuosa y convulsa; procuremos descubrir las causas de sus dolores, las sugestiones de sus miserias y los motivos de sus terribles inquietudes" y conocido todo ello, abordemos la lucha con amor, con espíritu fraternal.

¿Somos soñadores? No importa! ¿acaso la ciencia no ha alcanzado sus mejores conquistas persiguiendo la realización de muchos ensueños y lirismos? ■

1. Discurso de la Colación de Grados, Facultad de Derecho, 1902.



confrontaciones



El diagnóstico: conflictos entre la psiquiatría y las neurociencias

Martín Nemirovsky

Médico Psiquiatra, ex-Jefe de Residentes Hosp. Municip. "T. de Alvear"

Martín Agrest

Lic. en Psicología (UBA), ex-Jefe de Residentes Hosp. Municip. "T. de Alvear"

Coronel Díaz 2760. 3° "C". Tel.: 802-5380

"El doctor Franz Kuhn atribuye a cierta enciclopedia china que (...) en sus remotas páginas está escrito que los animales se dividen en
a. pertenecientes al Emperador,
b. embalsamados,
c. amaestrados,
d. lechones,
e. sirenas,
f. fabulosos,
g. perros sueltos,
h. incluidos en esta clasificación,
i. que se agitan como locos,
j. innumerables,
k. dibujados con un pincel finísimo de pelo de camello,
l. etcétera,
m. que acaban de romper el jarrón,
n. que de lejos parecen moscas"(5)

Introducción

Los debates en torno a las clasificaciones diagnósticas y sus constantes revisiones tienen la virtud de convocar, actualmente, a una discusión sobre las complejas relaciones que mantendrían la psiquiatría y las neurociencias. En cierto sentido el diagnóstico ha funcionado (y lo sigue haciendo) como una bisagra entre ambas: es a partir de los diagnósticos psiquiá-

tricos que se buscan regularidades a nivel biológico. Sin embargo, esta bisagra está plagada de conflictos, contradicciones y discusiones no explicitadas.

Cuando realizamos un diagnóstico, en primer lugar, damos por supuesto que es posible distinguir el objeto sobre el que recae el diagnóstico. Es una *persona* la que "es x", un *sujeto* el que "es s", un *cerebro* el que "corresponde a y" o una *alteración bioquímica* la que "corresponde a z". En nuestro medio es aún tema de discusión cuál debería ser (si es que debiese ser sólo uno) el nivel u objeto del diagnóstico. Pasamos "del cerebro a la persona" y de ésta al "sujeto" (cuando no incluimos a la familia o a las instituciones) con una facilidad que generalmente termina desconcertándonos. No conseguimos ponernos de acuerdo, vieja querrela, sobre a qué llamaremos "enfermedad mental".

Pero esta diversidad de niveles diagnósticos no es tan problemática como la intención de correlacionarlos y establecer correspondencias. Allí es donde los diagnósticos funcionan como puente entre dos campos: ¿existe un sustrato biológico común de las personas con diagnóstico de esquizofrenia?(23); ¿hay una alteración del cerebro co-

mún a todas las personas con depresión? Pero, ¿por qué se busca el sustrato biológico de estas agrupaciones y no de otras (como podrían ser, parafraseando a Borges, "los que de lejos parecen locos", "los que no desean ser tratados psiquiátricamente" o "los que carecen de ética")?

Al definir el objeto del diagnóstico podemos encontrarnos con clasificaciones que pretenden ser etiológicas y otras que no tienen esta misma aspiración. "A través de la historia de la nosografía psiquiátrica, hubo una alternancia entre sistemas basados mayormente en teorías etiológicas y otros basados casi exclusivamente en observaciones descriptivas"(8). No es lo mismo decir que "el conjunto de síntomas de una persona la ubican en el cuadro de la paranoia", que "la alteración del lóbulo frontal hace que el funcionamiento del cerebro sea el de algunas esquizofrenias", o "la posición subjetiva de s me dice que estamos frente a una psicosis".

Dado que "los médicos han aprendido que las clasificaciones etiológicas son casi invariablemente más útiles que otras"(18), la decisión de buscar la etiología de tales cuadros psiquiátricos o cuales otros se torna fundamental. Teniendo en

cuenta que la investigación sobre las etiologías junto con la psicofarmacología clínica sostienen buena parte de los esfuerzos en estas "supuestas correlaciones", creemos que la manera de superponer las descripciones psiquiátricas y las etiológicas exige una revisión imperiosa.

El discurso de los pacientes, tanto como su aspecto, son los que han dado lugar a las descripciones clínicas que hoy se buscan correlacionar con las alteraciones biológicas que supuestamente las producen. Estos "incierto métodos" (la entrevista o la observación) se han complementado con otros recursos (los tests neuropsicológicos, el PET, el SPECT, la RMN). Estos últimos dependerían menos de un sujeto que relata o muestra su padecimiento. El puente entre aquel discurso y la etiología habría mostrado no ser un camino fácilmente transitable (sino imposible). En cambio, estos otros métodos alientan la esperanza de ser más unibles con los marcadores neurobiológicos. Sin embargo, cabe estar alerta ya que nuestros implacables diagnósticos etiológicos de (por ejemplo) las esquizofrenias pueden llegar a mostrar que algunas personas con estas características cerebrales no tengan la clínica (el discurso o la apariencia) de las hasta ahora conocidas como esquizofrénicas. ¿No es esto lo que se anuncia como posible "muerte de la clínica"?

De la psiquiatría a las neurociencias

Durante muchos años, y en particular después de los grandes ordenamientos nosológicos de principios del siglo XX, los diagnósticos en psiquiatría fueron derivados de una clínica que agrupaba signos y síntomas con el fin de facilitar las comunicaciones, prever la evolución del paciente y ensayar estrategias terapéuticas. La base empírica de la mayoría de estos métodos, ampliamente sujetos a los momentos socioculturales, económicos y políticos, los ha hecho sufrir múltiples desacreditaciones. Hoy, con la supuesta cercanía a las verdaderas etiologías, se anuncia (¿una vez



más?) que esta clínica se inclina hacia un posible final.

No es una idea reciente, por cierto, la que vincula al cerebro con los trastornos psiquiátricos. Luego de un auge de la clínica, una nueva vuelta al cerebro parece escandir este momento, de un modo tal que los neurobiólogos podrían llegar a ser los futuros "expertos" del que fue hasta ahora dominio exclusivo de la psiquiatría: la locura(21). Como dice Lolás(13), algunos afirman que por fin serán halladas las explicaciones etiológicas que no fueron dadas en una etapa pre-clínica y clínica. Coherentemente con otros campos del saber, la reducción de un discurso a otro, que se ocupa de aspectos más microscópicos, es vista como un avance. El análisis de un todo en las partes que lo componen brinda la ilusión de estar acercándose a la comprensión última o, en la medicina, a "la etiología".

Con cautela, se nos advierte que "... debemos evitar reificar las categorías existentes del DSM IV (...) Es

posible que con mayor entendimiento, emerjan nuevos desórdenes y nuevas combinaciones y que muchos de los desórdenes definidos descriptivamente en el DSM IV dejen de existir autónomamente (...) No hay razón para suponer que la clasificación descriptiva actual siga la naturaleza con grado alguno de precisión"(8).

Sin embargo, semejante cautela se acompaña de una renovada pretensión: dar a los diagnósticos psiquiátricos una confiabilidad que permita cumplir el viejo sueño de una "verdadera clasificación etiológica". Gracias a estudios con diagnósticos más confiables, la "verdadera clasificación" sería solidaria de las neurociencias; ambas irían influyéndose y modificándose a la par. La falta momentánea de correspondencia punto a punto entre las descripciones clínicas y los hallazgos neurocientíficos sería sólo transitoria y a los fines de una identidad plena. Gracias a los diagnósticos "verdaderos" el puente entre la



psiquiatría y las neurociencias por fin sería cruzado. A cada cuadro real, su real sustrato biológico.

Andreasen(3), reaccionando frente al período de la hegemonía de las grandes estructuras psicopatológicas (cuya gran dicotomía ordenadora, neurosis/psicosis, provenía de las conceptualizaciones psicopatológicas derivadas del psicoanálisis y la fenomenología(12)), recuerda que hasta alrededor de 1970 el diagnóstico psiquiátrico había sido desacreditado y que fue justamente el DSM-III aquello que permitió una mayor confiabilidad y nuevas formas de validación. Su sistematicidad, dice esta autora, permitiría el uso de la información que aportarían otros métodos complementarios (como la PET o la RMN) para rastrear los patrones de anormalidad hasta las alteraciones bioquímicas del cerebro o las disfunciones a niveles moleculares, celulares u otros. Tanto Guimón(10) como Andreasen son cui-

dadosos y no afirman que estos métodos "permitan hacer" los diagnósticos. Sin embargo, esta última da un paso más y afirma que gracias a la confiabilidad de los nuevos diagnósticos, estos estudios podrían conducirnos a los *verdaderos sustratos* de los cuadros discriminados en el DSM. Y ello se debe a que "la validación de los diagnósticos psiquiátricos los establece como entidades reales"(3) (y no como simples etiquetamientos).

De acuerdo con esto, podríamos adoptar tanto la postura que sostiene que estos cuadros discriminados por el DSM son los que deben ser correlacionados con alteraciones bioquímicas (Andreasen) como la que dice que ellos pueden conducirnos a los futuros cuadros que sí lo hagan (Frances). Pero, ¿podrán ser estas clasificaciones, usadas como las "nuevas tablas de la ley"(20), el camino para unir definitivamente las descripciones clínicas y los hallazgos a nivel biológico? ¿No es-

taremos confundiendo los verdaderos acuerdos de nomenclatura del DSM (tan necesarios para la comunicación o para decisiones clínicas estandarizables) con falsos pasos hacia una etiología?

Semejante pretensión de reconocer entidades desde distintas perspectivas, la clínica y la neurobiológica, partiría del supuesto que nuestras actuales descripciones clínicas y los cuadros psiquiátricos son como las cosas(19); es decir, reales. Éstas, sean casas o piedras, tienen la particularidad de admitir varias perspectivas. Y si algo distingue a lo real de lo ilusorio (o convenido) es que lo primero soporta múltiples miradas mientras que lo segundo se revela a poco de cambiar de enfoque. Pensamos que es esta supuesta semejanza —entre los cuadros psiquiátricos y las cosas— la que conduce a, primero, adjudicar a determinadas entidades un estatus de "realidad" y, segundo, buscar su etiología. No perderíamos el tiempo buscando la etiología de algo que no creemos real sino mera convención desde una perspectiva anterior. Análogamente, reconocer algo desde distintas perspectivas acrecienta nuestra impresión de que eso es real. Creer que una entidad es real e intentar cruzar el puente hacia las alteraciones biológicas subyacentes es una misma cuestión. El supuesto ateoricismo pretendido en las últimas versiones del DSM ("que se apoya en fundamentos empíricos sólidos") debe entenderse como punto de partida y apoyatura ideológica para pensar en la realidad de las entidades(2).

Sin embargo, sería posible que, genéricamente, una clasificación útil para un propósito no lo fuese para otro(14). Callaway(6) y Maas(15) decían, por ejemplo, no había razón para suponer que ambas descripciones, la del nivel bioquímico y la psiquiátrica, debieran superponerse. ¿Por qué tendríamos que dar por sentado que a nivel bioquímico el ordenamiento es el mismo que a nivel de los cuadros o de los síntomas psiquiátricos?

Supongamos que distinguimos en un mapa una zona de diez manzanas de casas. Todas las casas son semejantes en cuanto al tamaño y la forma. Podemos asumir que for-

man un barrio. Ellas fueron agrupadas por su aspecto, pero ¿qué nos hace pensar que podrían ser reconocidas (agrupadas de la misma manera) por el material de que están hechas? ¿Qué puede hacernos pensar que las casas se ordenarían del mismo modo según su construcción que según el barrio en que se encuentran?(1). Es decir que, en cualquier caso, siempre estaremos frente a un criterio de agrupabilidad y el ateoricismo (traducible como *ausencia de criterio teórico para poner junto lo que va junto*) es sólo una pretensión insostenible.

Siguiendo esta discusión acerca de cuál debería ser el punto de partida para la búsqueda de las regularidades neurobiológicas, podríamos preguntarnos si debemos buscar el sustrato de la parafrenia, de la esquizofrenia o de los delirios fantásticos. ¿Cuál de estos tres "cuadros" permitirá hallar regularidades (las mismas que supuestamente hacen que los agrupemos como "cuadros") a nivel biológico? ¿La correlación con regularidades a este nivel es esperable para la melancolía, la depresión mayor o la tristeza profunda? ¿Para los intentos de

aun cuando, siendo estrictos, la acción de las drogas no se ejerce directamente sobre ninguno de ellos sino sobre niveles neuromoleculares. No existe aún una clasificación según las alteraciones bioquímicas, ni se medica según ellas. De un lado puede ponerse a la clínica psiquiátrica (que llegó a su punto culminante con el ordenamiento de las grandes estructuras a principios de este siglo), y del otro los hallazgos psicofarmacoterapéuticos y neurobiológicos en general. Sin embargo, el uso de los psicofármacos en la práctica clínica ha tenido que supeditarse a



La pregunta que debemos hacernos es: ¿qué puede permitir reconocer una entidad desde dos perspectivas diferentes? Y no debemos engañarnos: lo que está en juego en este "cruce de niveles" es la realidad o naturaleza de las entidades en cuestión. Los autores recién mencionados, cuestionando la capacidad de los diagnósticos para ser los puentes entre la clínica y las neurociencias, llegan a proponer que la correlación debería hacerse, tal vez, no con las categorías de la psiquiatría sino con "estilos cognitivos de procesamiento de la información"(6) o con "alteraciones de las emociones"(15).

suicidio violentos, las impulsividades, o todos los cuadros psiquiátricos que presenten este síntoma? En este último caso, ¿sería posible que, al presentar ambos un intento de suicidio violento, una esquizofrenia comparta con una depresión mayor una misma correlación biológica?

De la psicofarmacología a los cuadros clínicos

Hasta el día de hoy el uso de los psicofármacos se basa en los síntomas o en los cuadros psiquiátricos,

la psiquiatría. En este sentido, la psicofarmacoterapia dependería de esta última, y es justamente el DSM-IV el que intenta cerrar esta brecha.

Aun así, habría que ver si las clasificaciones psiquiátricas son instrumentales para el uso de los psicofármacos. Si los diagnósticos con los que contamos son los clínicos y nos planteamos llevar a cabo una terapéutica diferencial a partir de la respuesta a la medicación nos encontramos con la imprescindible tarea de establecer si estos niveles son superponibles. Debemos interrogarnos ¿aquello que se medica, es la esquizofrenia, la alucinación o

un desorden de la neurotransmisión? ¿Es la depresión en tanto trastorno o en tanto síntoma?, ¿la ansiedad o el trastorno por ansiedad generalizado?

Creemos que es necesario distinguir algunas situaciones. En algunos casos entendemos que es correcto lo que afirman, junto a muchos otros autores, Beraza(4) y Montero(16). El primero dice que "no medicamos estructuras psicopatológicas, sino simplemente sus síntomas". Del mismo modo, Montero dice que "los psicofármacos poseen esencialmente una actividad sintomática y, por lo tanto, su empleo no está relacionado con el diagnóstico". Por ejemplo, una alucinación puede ser medicada tanto si suponemos que nos hallamos frente a un caso de psicosis como a uno de histeria. En este caso, las categorías que teníamos no parecen modificar la decisión para medicar con la misma molécula a un paciente. Esto significa que *estamos más seguros de la relación existente entre la neurotransmisión y los síntomas, que la que pudiera existir entre la neurotransmisión y los diagnósticos de las grandes estructuras psicopatológicas.*

Clínicamente hemos distinguido los cuadros de psicosis, depresión e histeria. Sin embargo todos ellos pueden presentar fenómenos alucinatórios y éstos pueden remitir por igual con la misma medicación. Nos preguntamos entonces: ¿la alucinación se produce por un desorden bioquímico de alguna región? De ser así, ¿se produce en forma distinta en los diferentes cuadros? ¿Son cualitativa o cuantitativamente diferentes desde el punto de vista bioquímico?

Veamos otra situación: un paciente padece de alucinaciones y delirios; evaluamos que éstos, a partir de un examen semiológico, una forma de inicio, una evolución y una historia de respuesta a la medicación, corresponden a un diagnóstico psiquiátrico de "esquizofrenia". Si bien *los síntomas actuales pueden ser los mismos* que los de otra persona a quien aplicáramos un

diagnóstico psiquiátrico diferente (por ejemplo, trastorno psicótico inducido por el alcohol con alucinaciones e ideas delirantes), nuestra indicación psicofarmacológica puede variar (en dosis, tiempo de administración, etc.). En este caso, si bien es cierto que no medicamos el diagnóstico psiquiátrico, tampoco es cierto que mediquemos únicamente los síntomas. ¿Medicamos los diagnósticos, los síntomas o la neurotransmisión? No es suficiente que haya un trastorno de la dopamina; la decisión clínica se basa en que se trata de una esquizofrenia.



Otro caso es el de la medicación de los insomnios. Este es un síntoma muy frecuente en las consultas psiquiátricas y para el cual se requiere tener en cuenta la clásica distinción entre síntomas primarios o esenciales y secundarios. Un paciente deprimido puede no poder dormir debido a sus constantes autorreproches, mientras que los motivos para un paciente delirante pueden ser que cree que debe estar alerta; en cambio, un paciente alucinado puede no hacerlo porque las voces le dicen que si se duerme lo van a matar. En todos estos casos la indicación de un psicofármaco que sólo se guíe por el síntoma puede ser inconducente (¡aunque esto no impide que una benzodiazepina los haga dormir!). ¿Podrá establecerse una diferencia entre la medi-

cación de los síntomas según sean primarios o secundarios?

Alguien podría decir que sería más conveniente hablar de "trastornos de la serotonina" o "trastornos de la dopamina", y realizar una clasificación sobre la base de las acciones que conocemos de los psicofármacos. No creemos que esta opción deba ser descartada (ni tampoco adoptada) sin más consideraciones. Es así que nos encontramos con moléculas como la fluoxetina, clasificada como "antidepresiva", pero utilizada para el tratamiento de entidades tan diversas como por ejemplo, la depresión, los ataques de pánico, el T.O.C, la ansiedad generalizada, algunos trastornos de la estabilidad y la bulimia. Alguien podría decir que la "verdadera entidad" a configurar es la derivada de "los trastornos respondedores a fluoxetina"...

En este sentido, los IRS habrían mostrado su eficacia tanto para desórdenes del apetito, de ansiedad, del humor, como para trastornos de conducta y personalidad, agresividad y obsesividad(7). Como se señala en ese trabajo, la importancia de la serotonina en todas estas manifestaciones se habría evidenciado "sin importar si el diagnóstico descriptivo es de depresión, trastorno de conducta o trastorno de personalidad"(pág. 39). Además de responder a la misma molécula, ¿presentan algo en común estos cuadros en cuanto a su etiología o fisiopatología?

Cuando una medicación actúa sobre determinados neurotransmisores tendemos a pensar que ellos eran la causa de determinada manifestación. Sin embargo, haríamos bien en considerar que "el hecho de que dos trastornos respondan al mismo tratamiento no implica que compartan la misma etiología" (18). Creemos que se podría agregar: "ni siquiera el mismo mecanismo de curación".

En el pasaje de los mecanismos de acción de los fármacos a la clínica existe un abismo que ningún sistema diagnóstico ha mostrado poder sortear. Como dicen Hyman y

Nestler(11) para la depresión, "es importante destacar que, hasta el presente, no hay datos convincentes que sugieran que la regulación de los receptores adrenérgicos o serotoninérgicos *per se* sea la responsable de los efectos terapéuticos de las drogas antidepresivas".

Se conocen algunos de los mecanismos de los psicofármacos (por ejemplo, la regulación genómica de las células). Pero, ¿quién nos dice cuál es el lugar que ocupa en la cadena de la "curación"? Aparentemente el sistema nervioso funciona como una red altamente sofisticada donde los sistemas de regulación juegan papeles preponderantes. Una molécula actuaría de forma estimuladora o inhibitoria de acuerdo a si el receptor se encuentra en un estado modulable o no. Los factores que determinan estos estados parecerían ser influenciados por distintas situaciones, intrínsecas o extrínsecas a las propias células. El grado de complejidad de estas modulaciones (que podrían incluir factores que hoy llamamos "psicológicos") está todavía bajo un manto de sombras.

Ante este abismo se pueden multiplicar tanto las clasificaciones co-

mo las entidades supuestamente reales y los modelos de cómo actuarían los psicofármacos sobre la clínica. Podemos sospechar que en algunos casos haya sólo un mecanismo de acción, pero que es eficaz en distintas patologías dada su acción a distintos niveles de una "hipotética red causal" de las manifestaciones psiquiátricas. Dos cuadros pueden compartir un mismo síntoma pero éste ocupar distintos lugares en la red de determinación. Un mismo síntoma puede ser primario en un caso y secundario en otro. Otra posibilidad es que una molécula actúe de igual forma en distintos centros a un mismo tiempo, alterando las manifestaciones de distintas patologías. Teniendo en cuenta que el cerebro no opera bajo un distribucionismo absoluto de sus funciones, la acción en un "módulo" (17) o en otro puede ser decisiva (aun cuando los neurotransmisores involucrados puedan ser los mismos)¹. Una tercera hipótesis es que una molécula afecte la semiología de distintos cuadros mediante un mismo mecanismo de acción y que estos cuadros (distinguidos desde la clínica psiquiátrica) tendrían algo en común aún no descu-

bierto. Esta es una hipótesis que lleva a pensamientos tales como que una entidad puede ser la de los "respondedores a los I.R.S.". Una cuarta hipótesis es que un solo mecanismo de acción podría actuar sobre la neurotransmisión aliviando un síntoma común a distintas patologías. Este podría ser el caso de los ansiolíticos que, a la manera de la aspirina que alivia el dolor en la gripe y en las artritis, aliviarían la ansiedad en la depresión y en los ataques de pánico.

Nos preguntamos también acerca de las modificaciones que producen los psicofármacos a corto y a largo plazo: ¿son los mismos mecanismos los invo-


lucrados en la supresión de los síntomas que en la evitación de las recaídas y recurrencias?

Todas estas incógnitas acerca del accionar de las moléculas dificultan hoy las correlaciones punto a punto entre la psicofarmacoterapia y la psiquiatría, poniendo en cuestión la bisagra que los diagnósticos introducirían entre ambas descripciones.

Conclusiones

En primer lugar queremos destacar lo señalado por W. J. Freeman (9), quien plantea que los modelos explicativos (y nosotros lo podríamos hacer extensivo a nuestras clasificaciones diagnósticas) no deberían ser cuestionados respecto de su "verdad o falsedad" sino respecto de si son "útiles o inconducentes". La discusión sobre la "real naturaleza de los trastornos mentales" puede ser interminable y no abrimos juicio sobre ella en este momento. Simplemente nos limitamos a plantear ciertas dificultades de los modelos habitualmente utilizados para buscar y validar la "naturaleza de las entidades clínicas".

En segundo lugar, ¿cuál es, entonces, la utilidad de los diagnósticos psiquiátricos cuando una importante corriente de la clínica psiquiátrica cada vez se apoya más sobre la psicofarmacoterapia y las neurociencias? Si nuestros diagnósticos son posibles en función de los recursos con los que contamos en Salud Mental, y estos recursos han ido variando, es esperable que estos ordenamientos vayan cambiando. Si hoy contamos con recursos psicofarmacológicos que antes no teníamos no debe sorprendernos que las "entidades que reconocemos" sean otras. Pero, ¿qué sucede cuando creemos reconocer entidades para las que no tenemos recursos diferenciales? ¿Es que nos estamos anticipando a los futuros descubrimientos de dichos recursos (y bien vale la pena ir señalando la dirección de las investigaciones) o que hemos abusado de distinciones que sólo existen en nuestro ojo clínico? La complejidad de estas preguntas hace que no debamos perder de vista que "no hay clasificaciones 'naturales', pues todas es-



**INSTITUTO
ERNA**

**ATENCION INTEGRAL
DE CUADROS DE
PSICOSIS
INFANTO-JUVENIL**

NIÑOS - ADOLESCENTES - RESIDENCIA
Atención Obras Sociales

DIRECTOR GENERAL
LIC. F. ADRIANO RUFFO

INFORMES: THAMES 1678/80 Cap. Fed. (1414)
Telef.: 832-5774 de Lunes a Viernes de 10 a 17 hs.

tán inspiradas por algún atributo en particular, resaltado por una concepción teórica, y son, en este sentido, artificiales" (14). Del mismo modo, como dice Young (22), "no hay ninguna garantía de que las categorías diagnósticas obtenidas mediante un consenso clínico coincidirán con las categorías diagnósticas obtenidas mediante la consideración etiológica".

Si no nos guiamos por las regularidades sintomatológicas o las de los cuadros clínicos ¿cuál podrá ser la guía para la elección clínica de los psicofármacos? Dijimos que éstos actúan sobre el cerebro y no sobre los trastornos psiquiátricos; sin embargo, en algunos casos, al medicar, no es indiferente que se trate de un trastorno que de otro.

Un efecto de semejante desconcierto ha sido la atomización y proliferación de cuadros y clasificaciones (un destino que parecería ser inexorable...). Cada vez estamos en presencia de más códigos, cada uno de los cuales daría cuenta de una

nueva y discreta entidad clínica (no hace falta más que contar el crecimiento de las páginas de un DSM a otro para observar esta tendencia). Llevado al límite podríamos pensar que los pacientes diagnosticados simultáneamente con dos códigos del DSM (¿comorbilidad?) serán ubicados en su casillero propio, y como tal rastreados hasta los mecanismos de acción subyacentes (sino hasta su etiología diferencial). Cada código sería, entonces, el índice de un funcionamiento cerebral diferente. Dada esta tendencia, como dice Borges, el mapa de Chi-

ACOMPANAMIENTO TERAPÉUTICO

ASISTENCIA - DOCENCIA E INVESTIGACION

COORDINACION
FEDERICO MANSON
GABRIEL PULICE
GUSTAVO ROSSI

*Atención en Urgencias - Internación Domiciliaria
Recreación - Traslados - Externaciones y Rehabilitación*

*Adicciones - Bulimia y Anorexia - Pacientes con
Trastornos graves - Tercera Edad*

865-9104 / 854-2306 / 823-7431 - Movicom: 435-5350

na, en su pretensión de ser exacto, deberá ser tan extenso como el territorio mismo. Y los códigos, tan numerosos como personas consideremos. Pero ese, ¿será el éxito del diagnóstico como bisagra entre la psiquiatría y las neurociencias, y el hallazgo de la etiología de los trastornos mentales? ■

Notas

1. Hay que tener en cuenta que la acción de los psicofármacos se produce indiscriminadamente a nivel de todo el SNC, donde ese neurotransmisor o segundo mensajero, por dar un ejemplo, se encuentre involucrado. Hasta el día de hoy los desarrollos no llegan a ser tan sofisticados como para actuar selectivamente en distintas regiones

Referencias bibliográficas

- Agrest, M., El diagnóstico "psi" como categorización, *Acta Psiquiát. Psicol. Am. Lat.* 1996, 42 (1): 9-14.
- American Psychiatric Association (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, Barcelona, Masson, 1995 (en inglés, DSM-IV).
- Andreasen N., The Validation of Psychiatric Diagnosis: New Models and Approaches, *Am. J. Psychiatry* 1995, 152 (2): 161-162.
- Beraza M., De la buena prescripción, *Clepios, Una Revista para Residentes de Salud Mental* 1995, 1 (1): 15-17.
- Borges J. L., (1952) El idioma analítico de John Wilkins. En: Borges J. L. *Obras Completas*, Buenos Aires, Emecé Editores, 1974.
- Callaway E., Psychopharmacology's need for linking variables, *Biol. Psychiatry* 1992, 32: 1-3.
- Dubrovsky S., Thomas M., Serotonergic Mechanisms and Current and Future Psychiatric Practice, *J. Clin. Psychiatry* 1995, 56 (Suppl. 2): 38-48.
- Frances A., Mack A., Ross R., First M., The DSM IV Classification and Psychopharmacology. En: Bloom F. y Kupfer D. eds. *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*, New York, Raven Press, 1995.
- Freeman W. J., Chaos in Psychiatry, *Biol. Psychiatry*, 1992, 31: 1079-1081
- Guimon J., The biases of psychiatric diagnosis, *Br. J. Psychiat.* 1989, 154 (Suppl 4), 33-37.
- Hyman S., Nestler E., Initiation and Adaptation: A Paradigm for Understanding Psychotropic Drug Action, *Am. J. Psychiatry* 1996, 153 (2): 151-162.
- Lanteri Laura, G., Regards historiques sur la psychopathologie. En *Traité de Psychopathologie*, Widlöcher D. Ed. Paris, PUF, 1994.
- Lolas F., Comunicación personal, 1995.
- Lolas F., Consideraciones sobre clasificación y nomenclatura en psiquiatría, *Acta Psiquiát. Psicol. Am. Lat.* 1993, Supl. 2: 1-5.
- Maas J., Katz M., Neurobiology and Psychopathological States: Are We Looking in the Right Place?, *Biol. Psychiatry* 1992, 31: 757-758.
- Montero F., Uso racional de psicofármacos y papel de la comunicación social, *Acta Psiquiát. Psicol. Am. Lat.* 1994, 40 (2): 127-137.
- Restak R., *The Modular Brain*, New York, Touchstone Edition, 1994.
- Silva H., Clasificaciones psiquiátricas: Fundamentos, desarrollos y estado actual, *Acta Psiquiát. Psicol. Am. Lat.* 1993, Supl. 2: 7-13.
- Tatossian A., (1992) El problema del diagnóstico en la clínica psiquiátrica, en *El Abordaje Clínico en Psiquiatría 2*, Buenos Aires, Ed. Polemos, 1995.
- Vidal G., La falacia naturalista, *Acta psiquiát psicol Am lat.* 1993, 39 (4): 337.
- Vidal G., El futuro de la psiquiatría, *Acta Psiquiát. Psicol. Am. Lat.* 1994, 40 (3): 261.
- Young S., Research and Training in Biological Psychiatry: Where are the Clinical Psychology Techniques?, *Journal of Psychiatry & Neuroscience* 1994, 19 (4): 249-251.
- Yuwiler A., Diagnosis and the Hunt for Etiology; *Biol. Psychiatry* 1995, 37: 1-3.



LECTURAS

José María López Sánchez - Antonio Higuera Aranda, "Compendio de Psicopatología" 4° Ed., Círculo de Estudios Patológicos, Granada, España, 1996, 376 págs.

El presente volumen corresponde a un emprendimiento del "Círculo de Estudios Psicopatológicos" de Granada, cuya primera ed. se hizo en 1979. Si bien se titula "Compendio de Psicopatología" sus contenidos recorren prácticamente toda la semiología psiquiátrica y abrevan en los grandes autores de la psiquiatría clásica europea (K. Schneider, Jaspers, Bumke, Straus, Bleuler, Bash, Vallejo Nágera, Alonso Fernández, Cabaleiro, Scharfetter, Weitbrecht, etc.)

Desde esta perspectiva desarrollan un texto de abundante contenido terminológico y conceptual que, a pesar de la inevitable aridez de su objeto, alcanza un dinamismo y claridad que estimulan su lectura. Por este motivo es un libro especialmente recomendable para estudiantes de Medicina y Psiquiatras en formación.

Es interesante destacar también su clara posición epistemológica y política que queda claramente plasmada en el siguiente párrafo del prólogo de los autores:

"Quienes se acercan a la clínica psiquiátrica hoy es seguro que se acompañen de los modernos sistemas de codificación, que diluyen excesivamente el escaso saber psicopatológico que les asiste. Pérez Rincón (1994), presentando la obra de S. Ionescu, escribe estas palabras, que hacemos nuestras:

"No es por azar que el autor, psiquiatra y doctor en Letras, inicie la obra con el análisis de lo que se ha llamado "psicopatología atórica", cuyo ejemplo capital es el famoso Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la A.P.A., cuya difusión internacional ha permitido ciertamente iniciar una estandarización del lenguaje... pero al mismo tiempo ha despertado en muchos lugares una importante reacción en contra al considerarla muy empobrecedora, cuando no un arma más de la empresa homogeneizadora de la psiquiatría estadounidense". Técnicamente, sus propuestas sobre "Distimias", "Delirium", "Trastornos somatoformes" y otras, resultan psicopatológicamente insoportables"

Nos resulta edificante que Instituciones Psiquiátricas de lengua española presenten posturas claras, sostenidas sobre sus propias raíces histórico-culturales; y que las mismas puedan dar lugar a un debate saludable y enriquecedor para todos.

Vertex

Julio C. Villena Aragón. "Psicoanálisis contemporáneo". Instituto de Psicoanálisis Contemporáneo, Bs. As., 1996, 200 págs.

El presente volumen es el fruto de la decantación de una vasta experiencia clínica y de una dilatada reflexión teórica que excede los límites tradicionales del psicoanálisis. En efecto, el autor, médico psicoanalista formado en Estados Unidos y Europa, que actualmente se desempeña como Jefe de Servicio de Salud mental en el Instituto Lanari, y Profesor adjunto en la Facultad de Medicina de la UBA, no

escatima esfuerzos y creatividad para presentar y desarrollar esa singular línea de pensamiento que llama psicoanálisis contemporáneo, en la cual se entrecruzan los más variados contenidos del pensamiento actual en el campo de la conducta humana partiendo de la premisa fundamental de aceptar el fenómeno humano como una realidad biopsicosocial.

Con esta mirada, recorre nuevamente tópicos tan tradicionales como "el inconsciente y los sueños" para decir cosas tan singulares como "Sostengo que la forma más activa de procesamiento inconsciente y posiblemente la más importante es el soñar. Considero que el procesamiento del material inconsciente en el sueño no es un disfraz de lo reprimido y que sigue en cambio los patrones de la organización psíquica inconsciente y de la función cerebral en el sueño REM. Tomo en cuenta al trabajo de Hobson (1988 - 1989 - 1983 - 1984) como de particular relevancia, pero a diferencia de los que sostiene Hobson, opino que el profeso onírico no es totalmente automático y que su función es la de procesar los contenidos inconscientes para su uso apropiado por el sujeto, además de ser un proceso de metabolismo cerebral. Los contenidos del inconsciente, como cualquier otro elemento que llega al organismos tienen que ser procesados (metabolizados). En congruencia con la concepción post paradigmática de la ciencia, el neorrealismo científico sugiero que el metabolismo de sustancias bioquímicas y la elaboración de los contenidos psicológicos son procesos correspondientes pero no iguales. Las sustancias bioquímicas y los contenidos psicológicos pueden ser incorporados del exterior o producidos por el sujeto.

Tomar en consideración conocimiento neurofisiológico plenamente establecido en la reconsideración de conceptos psicoanalíticos de ninguna manera implica un cambio de la esfera psicológica a la esfera biológica en la explicación del fenómeno, significa en cambio integrar conceptualmente ambos aspectos de la experiencia humana y superar el dualismo".

El lector se preguntará a esta altura cuál es el fundamento meta-teórico que permita salvar las acusaciones frecuentes en estos casos de eclecticismo e incoherencia epistemológica. Consciente de los riesgos que corre, Villena Aragón insiste, desde la introducción y a lo largo de todo el texto en fundamentar su modelo en el llamado "neorrealismo científico". Aquí también un párrafo del texto nos muestra la originalidad del autor e introduce algunos interrogantes: "La concepción paradigmática que incorpora así un análisis histórico del desarrollo científico para demostrar el relativismo de los conceptos científicos, pronto cae en importantes dificultades. En primer término, eliminando los criterios estables de la verdad, por cuanto no existirían datos atóricos, parecería que sólo queda una verdad por consenso y el relativismo se puede tornar confusional. Por otra parte, en la realidad, los investigadores continuaban practicando alguna suerte de empiricismo más allá de una aceptación de la concepción paradigmática, la que obviamente tenía una mayor cabida entre los teóricos de la ciencia que entre los investigadores científicos.

Incorporando los aportes de la concepción paradigmática y tomando en cuenta las dificultades prácticas en la investigación científica, surge el Neorrealismo Científico, anticipado por Serinen en 1956 y Polanyi en 1954. Pero fueron Harre (1970) y Bhaskar (1975) los que le dan una forma definida (Manicas y Secor -1983).

Todos estos autores consideran que el fundacionismo es insostenible y que el conocimiento es un producto social e histórico, tal como lo planteaba la concepción paradigmática. No podría existir cosa alguna conocida a la que nuestra

ideas puedan corresponder y por lo tanto la correspondencia no podría ser la prueba de la verdad; las disciplinas científicas generan sus propios criterios para la aceptación o rechazo de las teorías. Es sin embargo posible que esos criterios sean racionales porque en términos realistas existe el mundo independiente del conocimiento. De esta manera el mundo del conocimiento es creado por la actividad científica en tanto que el mundo existe independientemente de esta y es tarea de la ciencia inventar teorías que tengan por finalidad representar el mundo.

Para Harre el mundo está compuesto por estructuras de variados grados de complejidad, y el mundo y la ciencia son estratificados, de manera que esas estructuras complejas interactúan en diferentes niveles de organización y complejidad. Las estructuras funcionales que componen el mundo tienen sus propias leyes de causalidad y es función de la ciencia descubrir dichas leyes de causalidad, las mismas que son inherentes a la organización funcional de tales estructuras".

Veamos, en primer lugar los criterios estables de la verdad caen por la fuerza del análisis histórico social de la nueva historia de la ciencia desarrollada a partir de la década del '40 y que tiene como antecedentes el quiebre de la idea de progreso, a principios de siglo, que pulveriza en el período de entreguerras la idea de desarrollo lineal del conocimiento científico por aposición de experiencias y evolución de una racionalidad científica cada vez más sofisticada e independiente, como la postulaba Popper allá por 1936.

Rota aquella ilusión bimilenaria de absoluto todo saber se torna provisional lo cual lejos está de ser sinónimo de confusional.

Por otro lado en nada modifica, al menos en un principio, el desarrollo fáctico de las disciplinas científicas las conceptualizaciones paradigmáticas de la ciencia ni deben los científicos adherir a ellas para convalidarlas; los científicos investigan y los epistemólogos teorizan acerca de la naturaleza y los alcances de esas investigaciones.

Finalmente aseverar con Harre que el mundo está compuesto por estructuras, que esas estructuras tienen sus propias leyes de causalidad y que es función de la ciencia *descubrir* dichas leyes, nos evoca, al menos en principio, la idea de un objeto dado a la espera de nuestro encuentro lo cual constituiría una propuesta neopositivista de cuño más bien comteano reconocible en las referencias a niveles crecientes de organización y complejidad en la organización biopsicosocial.

Saludamos gratamente la aparición de una obra que nos obliga a reflexionar y repensar los fundamentos de nuestra interpretación de la realidad.

N. A. Conti

Galende, E. Un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual. Paidós, Bs. As., 1997, 356 págs.

Conceptualización del momento que atravesamos en el ámbito de la Salud Mental, el texto de Galende, parte de la práctica clínica en ejemplos de la cual abunda en su último capítulo. Situando la problemática del campo de la Salud Mental -y del psicoanálisis como componente esencial del mismo- en su contexto socio-económico, político y cultural el autor hace una lúcida y esclarecedora descripción de las transformaciones del Estado benefactor en Estado economicista con el consecuente abandono en el marco del ajuste económico de sus responsabilidades inherentes en el ámbito de la Salud Pública. La articulación estructural, dialéctica de tales fenómenos con otros surgidos de la cultura tiene repercusiones mayúsculas sobre la subjetividad.

El amar, el vincularse, el crear solo o en grupo, la construcción de proyectos individuales o colectivos se ven así influenciados en forma determinante. El autor incursiona en la exploración de la articulación dialéctica entre dichos cambios subjetivos y las posibilidades que han ejercido para permitir las modificaciones estructurales antes descritas. A la luz de es-

tos conceptos es que Galende analiza las nuevas demandas que se nos presentan en la clínica actual: "La modificación del cuerpo en los tiempos del marketing de la Salud"; "Vicisitudes del amor y nuevas depresiones"; "De la moderna hipocondría a las enfermedades psicosomáticas", entre otros, constituyen capítulos con apasionantes reflexiones clínicas apoyadas en la ya conocida prosa, precisa y atrayente, de Emiliano. Un valor agregado es el de circunstanciar este texto en nuestra realidad cotidiana, confusa, dolida, cataclísmica por momentos, en la cual sólo la asunción sin conformismos de una posición ética junto a los que más sufren, a los excluidos, a los más débiles, puede guiar nuestra acción profesional. Ciudadanos políticamente situados, sujetos del inconsciente, responsables de sus circunstancias, esto, que tantas veces planteamos desde nuestros Editoriales creemos encontrarlo con más envidia en este imprescindible libro de Galende.

J. C. S.

Janine Puget (compil.) "La Pareja. Encuentros, desencuentros, reencuentros". 1ra Ed., Paidós, Bs. As., 1996.

Reuniendo las contribuciones de un grupo de miembros de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo, su Directora, la doctora Janine Puget, nos entrega una compilación centrada en el tema de la pareja. Buceando al interior de ese polifacético y proteiforme fenómeno sociocultural -léase bien pareja, no matrimonio- los autores exploran exploran sus fundamentos constitutivos: "¿la pareja es un producción transferencial recíproca?, ¿es mero efecto de repetición? o... ¿es acaso una zona de potencialidad desconocida que sólo puede activarse a partir del encuentro inédito con el otro? ¿Qué estatus metapsicológico cobra lo nuevo de una pareja, tanto en su constitución como en su devenir?"

El abordaje a la problemática individual de pacientes, en psicoterapia y psiquiatría frecuente-

mente se ve complicado por demandas de intervención en pareja. La convocatoria a los allegados de un paciente en consulta de internación hospitalaria nos contacta con sus padres que se presentan, más que como meros informantes, como el "resto" de la estructura de la que el paciente surgió como emergente, y esos padres al historizar la familia presentan inmediatamente la historia de su pareja. En otras palabras, la pareja constituye un ente clínico de presentación muy frecuente en nuestro quehacer. De allí que el estudio y conceptualización de su ilusión constitutiva, de los avatares de su vínculo, de la sexualidad en la misma y de los malestares sufridos en su devenir, al que contribuye la compilación de Janine Puget, signifique un aporte sustancial para la reflexión en nuestra práctica cotidiana.

Vertex

Jorge Bekerman. "El psicoanálisis ilustrado". 1ra Ed. Bs. As., 1996, 214 págs.

Quizás la repetida experiencia de encontrar libros lacanianos "difíciles", frente a los cuales más de un lector egresado de la Universidad, con experiencia clínica, veterano en lecturas psiquiátricas y psicoanalíticas, frecuentemente se siente impotente y rechazado, hace que encontrarse con "El psicoanálisis ilustrado" produzca un cierto alivio y renueve nuestra confianza en nuestras capacidades cognitivas respecto de la obra de Lacan, a quien consideramos una referencia fundamental para todos aunque, categóricamente, no compartamos la tajante opinión del autor respecto de que Lacan es "la figura intelectual más importante del siglo".

La incorporación de la ilustración en sus páginas (aunque influida, por momentos, hasta el paroxismo por la obra de la dibujante francesa Claire Bretecher), la originalidad de un índice icónico que permite diversos recorridos del texto, la configuración general en "sesiones", son recursos que "acercan" al lector y confieren a la obra una "amigabilidad" particu-

lar (para utilizar una cierta referencia a la informática tan cara a Jorge Bekerman). El humor y una prosa directa que se desliza bajo nuestros ojos con una textura suave y armónica, aunque de rigor fuerte y sin facilismos, otorga a la obra una eficacia incontestable.

Todos los grandes conceptos del psicoanálisis y sus entrecruzamientos con la lingüística son tratados en forma precisa y clara explicando sus articulaciones, su estatus epistemológico dentro del conjunto de la estructura teórica de la obra de Lacan y, frecuentemente, fijando la posición del autor respecto de los mismos. Abundantes ejemplos y referencias a lo cotidiano y a la cultura contribuyen a encarnar los conceptos haciéndolos más accesibles a la comprensión. No tratándose solamente de una monografía de difusión para el gran público, aunque bien puede serlo, esta obra abunda en opiniones y análisis de nuestra realidad cultural que la constituyen en un verdadero ensayo de psicoanálisis aplicado al tiempo que vivimos. Un texto de lectura obligatoria, escrito con convicción militante por ese "apasionado del núcleo racionalista y realista del psicoanálisis freudo-laciano" que es Jorge Bekerman

J. C. S.

R. Horacio Etchegoyen et Jacques-Alain Miller. *Silence brisé. Entretien sur le mouvement psychanalytique*. 1ra Ed. Agalma, Seuil, París, 1997, 90 págs.

Reproducción traducida al francés de la entrevista realizada por Juan Carlos Stagnaro y Dominique Wintrebert a los Presidentes de la Asociación Psicoanalítica Internacional, R. H. Etchegoyen y de la Asociación Mundial de Psicoanálisis J.-A. Miller, en Buenos Aires en junio de 1996 y publicada en esta revista en su número 27, del mes de diciembre del mismo año. Un motivo de satisfacción para nuestra Redacción y un compromiso de trabajo para el futuro.

Vertex

SEÑALES

A.P.E.F. Asociación Argentina de Ayuda a la Persona que padece Esquizofrenia y su Familia

Pasantías laborales: Un camino hacia la salud

Todos acordamos en la importancia de lo psicosocial que hoy se postula como eje central de la rehabilitación para recuperar los roles sociales que son fundantes en la constitución y configuración de un ser humano porque hacen a su identidad.

La identidad del ser humano es de carácter social, depende de las relaciones interpersonales.

Una persona está determinada por lo genético, por las condiciones de funcionamiento de su cerebro, y también por su existencia, sus experiencias.

Nuestra asociación, A.P.E.F., está compuesta por un colectivo de familias que intentan aprender a enfrentar y vivir en un mundo en el que sienten que sus seres queridos padecen y estas familias tampoco encuentran el lugar que les permita una adecuada calidad de vida y ejercer la plena ciudadanía. Las experiencias vividas y transmitidas nos demuestran que además de las buenas intenciones necesitamos de buenos resultados. Como fuerza instituyente siempre estamos en el camino, haciendo aproximaciones a la aceptación, a lograr y obtener información cada vez más exhaustiva sobre el tema, a adquirir fortaleza para la lucha diaria y tolerancia a la frustración de no tener lo que necesitamos, en un camino largo, pero con la esperanza de que algo pueda cambiar.

Es verdad, contamos con medicación cada vez mejor, más adecuada, diagnósticos clínicos más precisos, internaciones cada vez más cortas y más esporádicas. Lo que estamos viviendo es un proceso de transición. Hoy la psiquiatría ya no es lo que era, hoy los tratamientos tienen como objeti-

vo la calidad de vida, ya no dudamos de la importancia fundamental de la medicación y de que el psicoanálisis no es la cura de todos los males; hoy nos podemos ver como una unidad biopsicosocial, con influencias mutuas, hoy podemos pensar en la reinserción social, hoy la propuesta psicoeducacional permite a la familia respirar, mejorar la convivencia, aceptar la tarea de contener a partir de una emoción expresada baja.

El desafío cotidiano de vivir requiere de la asunción de roles sociales. La vida diaria está organizada por una tarea, un trabajo, un empleo. No trabajar modifica las relaciones sociales y aumenta el aislamiento de quien sufre. El trabajo tiene significación económica y como actividad protagoniza la cotidianidad de las personas y las familias, constituye un factor importante de socialización y produce un mundo de relaciones y valoración personal. Sin el trabajo se da un proceso de aislamiento social tan importante como el de vivir institucionalizado.

El conflicto frente a propuestas nuevas deriva a veces a un conflicto entre el poder de la tradición y la tradición del poder, y el producto es confusión y parálisis, y no entre ideas del pasado e ideas del presente donde se puede reflexionar e integrar.

No es posible contemplar un cambio sin tener en consideración las oposiciones que esta voluntad bien intencionada, por más decidida y racional que sea, pone en juego y con más vigor se le oponen cuando mayores sean la viabilidad y el potencial de la nueva propuesta. A nivel de organización social, a través de sus superestructuras ideológicas y de sus compromisos institucionales de valores y creencias contradictorias y de intereses contrapuestos, hoy podemos afirmar que el ser querido que padece una esquizofrenia, no es un producto generado por la familia o por el maternaje, sino que sufre un daño a nivel bio-psico-social en el cual, frente al estallido psicodélico de sufrimiento, la familia se convierte en disfuncional porque lo funcional, normal no tiene posibilidades de ser sostenido.

Para la familia, el cuidado es una carga muy grande si no se sabe cómo realizarlo. Hoy, junto a

este discurso actualizado, demostrado, comprobable, sigue funcionando el de la familia y de la madre esquizofrenizante, porque ese era el discurso respecto a la enfermedad hace algunas décadas.

Cuando algo se instala en el imaginario social es muy difícil de revertir. En los grupos de autoayuda aprendemos a pensar, a convivir, a crear y recrearnos, a sentirnos acompañados, a vivir lo que nos toca, lo que nadie eligió, nadie quiso, de otra manera, con menos angustia, menos ansiedad y menos amenazados. No nos distraemos de nuestra responsabilidad. Comprendemos que hay enfermos y no enfermedades, que cada uno es diferente dentro de los síntomas y de que las ideas que se vuelcan en las reuniones, las distintas estrategias para resolver lo cotidiano, no son propiedad de nadie, son del que las trabaja.

Contamos con las palabras impresas, que nos resultan de gran utilidad y con las palabras que nos sirven para comunicarnos, para compartir todo aquello que es experiencia cotidiana de convivencia y no está escrito.

El camino que recorremos nos sirve en la medida del esfuerzo que ponemos en él, y que pueda servir para otros. Atreverse a enfrentar y aceptar el problema y las salidas alternativas es empezar a modificar un medio que no nos es del todo favorable. Nos acompañamos en el dolor y en el humor de poder reírnos de nuestras limitaciones y falencias y en el amor por nuestros seres queridos.

El Laboratorio Janssen-Cilag nos acompaña y apoya, y el Dr. Engelmann con sus charlas, y la Curaduría con su buena disposición y la psiquiatría con sus nuevos enfoques y la rehabilitación psicosocial con sus propuestas diferentes; pero a la familia le corresponde un papel muy importante: *Somos Socios* en el tratamiento.

Siguiendo una guía sencilla y útil aprendemos y logramos mejorar la calidad de vida. El Hospital de Día se continúa en el estudio, el trabajo, la vida social, la creatividad, el deporte, la expresión artística y las pasantías como programa de transición a la reinserción laboral.

Los usuarios firman un contrato laboral con el Laboratorio Jans-

sen-Cilag que tiene un convenio con A.P.E.F.

En este programa piloto de pasantías hay dos ejes:

1. La experiencia de los usuarios y el trabajo como valor social y
2. La experiencia de los compañeros de trabajo que en relación con los usuarios modifican sus prejuicios.

Nos parece una estrategia muy positiva para enfrentar el estigma social. Transcribimos algunos testimonios como ejemplo: "...estoy aprendiendo a ser feliz, a quererme a mí misma, y estoy recuperando mi capacidad de concentración, de pensar, de trabajar y sobre todo, el orden y la organización y el cariño y las sonrisas de todos los que me rodean me están devolviendo las ganas de vivir". "... descubrí que me encanta trabajar y producir y aunque parezca mentira me encanta estar en una oficina, entre escritorios, papeles, biromes, gente organizada y computadoras".

Nuestro desafío para 1997 es conseguir ampliar el actual programa de pasantías tanto en lo referente a la cantidad de usuarios que puedan participar como en la estrategia para que la experiencia laboral pueda continuar en circunstancias de mayor estabilidad.

Hospital Zonal Gral. de Agudos

"Gral. Manuel Belgrano" Servicio de Salud Mental II Jornadas "La Práctica hospitalaria"

Los días 5, 6 y 7 de junio del corriente año se realizarán las II Jornadas sobre "La práctica hospitalaria", con los temas: "Límites de los tratamientos, limitaciones de los terapeutas".

La presentación de trabajos se extiende hasta el 5 de mayo de 1997. El arancel es de \$20. Visitantes y Concurrentes (con certificado) no arancelado.

Informes e Inscripción: Av. de los Constituyentes N° 3120. Villa Zagala. San Martín. Secretaria del Comité de Docencia e Investigación: Sra. Perla.

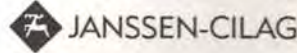
Tel.: 755-3380; 785-8628; 794-2107.

Calendario de eventos de Psiquiatría

Información brindada por



CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y SERVICIOS



Congreso Mundial de Psiquiatría de Urgencia

Carácter: Internacional

Fecha: 15-10-97 al 17-10-97

Sede: Bruselas, Bélgica

Informes: Av. Córdoba 836 P. 9°, Buenos Aires

Tel.: 393-2891/2536

VIII Congreso Panamericano de Epilepsia

Carácter: Internacional

Fecha: 12-9-97 al 12-9-97

Sede: Buenos Aires

Organiza: Sociedad Neurológica Argentina

Tel.: 342-3216 / 311-0233

10th European College of Neuropsychopharmacology

Carácter: Internacional

Fecha: 13-9-97 al 17-9-97

Sede: Viena, Austria

Organiza: European College of Neuropsychopharmacology

Informes: Av. Córdoba 836 P. 9°, Buenos Aires

Tel.: 393-2891/2536

Simposio Regional Asociación Mundial de Psiquiatría

Carácter: Internacional

Fecha: 22-10-97 al 25-10-97

Sede: Santiago de Chile

Organiza: Asociación Mundial de Psiquiatría

Informes: Av. Córdoba 836 P. 9°, Buenos Aires

Tel.: 393-2891/2536

Congreso Europeo de Psiquiatría

Carácter: Internacional

Fecha: Abril, 23-4-97 al 26-4-97

Sede: Ginebra, Suiza

Organiza: Asociación Mundial de Psiquiatría

Informes: Av. Córdoba 836 P. 9°, Buenos Aires

Tel.: 393-2891/2536

Envejecimiento y Salud Mental

Carácter: Nacional

Fecha: Abril/Noviembre 1-4-97

Sede: Hospital José T. Borda, Serv. N° 30.

Organiza: Hospital José T. Borda - Servicio de Docencia

Informes: Ramón Carrillo 375, Buenos Aires

Tel.: 304-1264

E-Mail: postmaster@borda.psiconet.org.ar

Bases de Neurología en la práctica psiquiátrica

Carácter: Nacional

Fecha: Abril/Junio 1-4-97 al 11-6-97

Sede: Hospital José T. Borda, Serv. N° 30.

Organiza: Hospital José T. Borda - Servicio de Docencia

Informes: Ramón Carrillo 375, Buenos Aires

Tel.: 304-1264

E-Mail: postmaster@borda.psiconet.org.ar

Autismo y Psicosis infantil: indicios de progresos durante el tratamiento.

Presentación de videos

Carácter: Nacional

Fecha: Marzo/Junio 24-3-97 al 18-7-97

Sede: Centro Enrique Racker

Organiza: Asociación Psicoanalítica Argentina

Informes: Rodríguez Peña 1674, Buenos Aires

Tel.: 812-3518/813-1209/814-0757

E-Mail: apa@pccp.com.ar

Si desea ampliar esta información o acceder a cualquiera de nuestros servicios CDS Janssen-Cilag:

Tel. (01) 789-7200 Int. 246/270.

Fax: 784-4022.

E-mail: CDS@janar.jnj.com

Janssen-Cilag On line: 789-7272



XIX Congreso Latinoamericano de Psiquiatría - APAL
XIII Congreso Argentino de Psiquiatría de APSA
"Identidad y Globalización"

9 - 13 de abril de 1997, Mar del Plata
 Hotel Sheraton - Hotel Costa Galana - Colegio Trinity (sede de cursos)

Mensaje del Presidente

Estimados colegas:

Es un placer, y al mismo tiempo una importante responsabilidad para nosotros invitar a ustedes al XIX Congreso Latinoamericano de Psiquiatría de la APAL, que se llevará a cabo junto con el XIII Congreso Argentino de Psiquiatría de A.P.S.A. del 9 al 13 de abril de 1997 en la ciudad de Mar del Plata, Argentina.

Esta reunión será organizada por A.P.S.A. (Asociación de Psiquiatras Argentinos) que ya organizó con éxito otros Congresos Internacionales como dos Simposios Regionales de la W.P.A. en 1987 y 1995.

El tema principal, "Identidad en la Globalización" nos permitirá mostrar al mundo los enriquecidos aportes de la psiquiatría latinoamericana.

Habrà muchas actividades tales como simposios, simposios satélites, secciones plenarias, paneles, comunicaciones científicas, talleres (workshops), etcétera.

Estamos seguros de que se verán regocijados con el hermoso lugar en el que se realizará el Congreso; también tendrán la posibilidad de visitar otros lugares de Argentina.

Estas son algunas de las razones por las cuales esperamos que participen de este evento en abril de 1997.

Roger Montenegro
Presidente del Comité Organizador

Comité organizador

(se incorporarán otros nombres en el segundo anuncio)

Presidente: Roger Montenegro

Vicepresidentes: Sociedades Psiquiátricas del Cono Sur:

- Rogério Aguiar (Asoc. Brasileña de Psiquiatría)
- Alberto Bertoldi (Asoc. de Psiquiatras Argentinos)
- Angel Valmaggia (Sociedad de Psiquiatría de Uruguay)
- Alejandro Gómez - César Ojeda (Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile)
- José Arias (Sociedad de Psiquiatría de Paraguay)
- Marcelo de la Quinlan (Soc. de Psiquiatría de Bolivia)

Secretarios: Guillermo Bermúdez (APSA)

Secretarios Regionales de APAL:

- Ariel Montalbán (Sec. Regional del Cono Sur)
- Ismael Salazar Gutiérrez (Sec. Regional México y Centro América)
- Gustavo Vázquez Caicedo (Sec. Regional Caribe y Países Bolivarianos)

Convocatoria a Sociedades Latinoamericanas de Psiquiatría: Graciela Lucatelli; Alejandra Maddocks y Gonzalo F. Viale

Convocatoria a Responsables de Areas de Formación en Psiquiatría: Juan Carlos Ferrali y Rodolfo Fahrer

Convocatoria de Otras Especialidades Médicas: Alberto Bertoldi y Mirta Méndez Puig

Encuentro Hispano-Luso-Latinoamericano

Coordina: Eugenio Cornidecheda

Encuentro Francófono

Coordina: Juan Carlos Stagnaro

Encuentro Italo-Latinoamericano

Coordina: Amelia Musachio

Encuentro Germano-Latinoamericano

Coordina: Curt Hacker

Encuentro de la American Society of Hispanic Psychiatry

Coordina: Renato Alarcón

Programas Educativos para América Latina de la OMS, de la WPA y del CINP

Coordinan: Uriel Halbreich y Roger Montenegro

Prof. Roger Montenegro - A.P.S.A.

San Martín 579, 2° piso

(1004) Buenos Aires, Argentina

Tel/Fax: (541) 393-3059/3381/3129

Fax directo: (541) 8Z1-4540

E.mail: xixapal@apsa.fmed.uba.ar

Índice alfabético de autores

Volumen VII - 1996

- Albamonte, J., *Responsabilidad profesional en Psiquiatría. El riesgo de suicidio*, N° 23, pág. 48.
- Ansermet, F., *Del bebé neoténico al sujeto. Notas críticas sobre la psiquiatría del lactante*, N° 24, pág. 102
- Alvarez M. S. ver Sivak, R.
- Benítez de Nale, B., *El mundo que nos rodea y la depresión adolescente*, N° 24, pág. 154
- Beraza, M., *Psicofármacos y embarazo*, N° 26, pág. 253
- Bronstein C., Etchegoyen, A., *Entrevista a Margaret Tustin*, N° 24, pág. 124
- Casullo, M., ver Sivak, R.
- Cetkovich-Bakmas, M. G., *Las psicosis cicloides*, N° 25, pág. 193
- Conti, N. A., *Jean-Pierre Falret (1794-1870)*, N° 25, pág. 226
- Conti, N. A., Stagnaro, J. C., *La formación de recursos humanos en Salud Mental. Una experiencia con Residentes Médicos y Psicólogos del Area Metropolitana*, N° 25, pág. 165
- Cordero, R., *Suicidios en el departamento de Castellanos (Pcia. de Santa Fe) -Una encuesta epidemiológica-*, N° 23, pág. 40.
- de la Cruz, C., ver Sarró B.
- Dimarco, R., ver Heinrichsdorff K.
- Elenitza, I. y Giordano, S., *Sobre el Trastorno Bipolar*, N° 26, pág. 312
- Epstein, R., *Presencia de las ideas psicoanalíticas en la práctica hospitalaria en Salud Mental en la ciudad de Bs. Aires. Comentarios sobre un estudio*, N° 26, pág. 296
- Espector, E. M., *Hallazgos destacados en torno a la neurobiología del suicidio*, N° 23, pág. 44.
- Etchegoyen, A., ver Bronstein C.
- Etchegoyen, R. H. y Miller J.-A., *Entrevista por J. C. Stagnaro y D. Wintrebert*, N° 26, pág. 260
- Evaluación del riesgo suicida. Perspectivas bibliográficas*, N° 23, pág. 52.
- Falret, J.-P., *Acerca de la locura circular o forma de enfermedad mental caracterizada por la alterancia regular y de la melancolía (1854)*, N° 25, pág. 228
- Fitó, J. L., *La desaparición de personas como método de exclusión en la Argentina*, N° 24, pág. 141
- Giordano, S., ver Elenitza, I.
- Gomel, S. K. de, *La transmisión de lo no representado*, N° 24, pág. 130
- Heinrichsdorff K., *Entrevista a Eric Schopler*, N° 24, pág. 134
- Heerlein, A., *Aspectos de la personalidad premórbida en el trastorno bipolar*, N° 25, pág. 179
- Hoffmann, J. M., *Superar el impacto estético para atender la urgencia ética (Reflexiones sobre el contexto de la primera infancia)*, N° 24, pág. 113
- Jufe, G. S., *Una revisión del uso de los antiepilépticos en el tratamiento del trastorno bipolar*, N° 25, pág. 204
- Kaechele, H., ver Kordy, H.
- Koldobsky, N., *Crisis y desórdenes de la personalidad*, Néstor M. S. N° 24, pág. 95.
- Kordy, H. y Kaechele, H., *Investigación de resultados en psicoterapia y psicósomática*, N° 26, pág. 280
- La psiquiatría norteamericana ante el trastorno bipolar*, N° 25 pág. 214
- Lagomarsino, A., *Los inicios de FUBIPA*, N° 26, pág. 317
- Laurent, E., *El psicoanalista, el ámbito de las Instituciones de Salud Mental y sus reglas*, N° 26, pág. 289
- Linetzky L., ver Manfredi, C.
- Lolas, F., *Sobre el análisis de categorías verbales. Su empleo en la investigación*, N° 24, pág. 85
- McIntosh, I. B., *Estresores relacionados con los viajes. Un fenómeno común*, N° 25, pág. 174
- Manfredi, C., Linetzky L., *Trastorno por pánico. Una aproximación psicoanalítica*, N° 24, pág. 90
- Matta, E. A., *Síndrome de fatiga crónica*, N° 23, pág. 61.
- Matusevich, D., *El suicidio en la vejez*, N° 23, pág. 32.
- Miller J.-A., ver Etchegoyen, R. H.
- Pelegrina Cetrán, H., *Estructura espacial de lo fóbico*, N° 23, pág. 5.
- Posiciones*, N° 26, pág. 302
- Ramos Mejía, J. M., *La tentación del suicidio*, N° 23, pág. 54.
- Ricón, L., *El Psicoanálisis en la enseñanza de Salud Mental en la Facultad de Medicina*, N° 26, pág. 275
- Rustin, M., *El papel de la observación de lactantes en la enseñanza de la teoría kleiniana*, N° 24, pág. 108
- Sarró B., y de la Cruz, C., *Suicidios y supervivientes*, N° 23, pág. 25
- Seldes, R., *Entrevista por D. Wintrebert*, N° 25 pág. 234
- Schopler, E., *Entrevista por K. Heinrichsdorff y R. Dimarco*, N° 24, pág. 134
- Schopler, E., *Principios y conceptos terapéuticos perdurables*, N° 24, pág. 136
- Serfaty, E., *Suicidio en adolescentes y jóvenes*, N° 23, pág. 20.
- Sivak, R., Casullo, M., Wiater, A., Alvarez, M., Torreiro, M., *Alexitimia y depresión en pacientes de consulta hospitalaria*, N° 23, pág. 14.
- Stagnaro, J. C., ver Conti, N. A.
- Strejilevich, S., *Entrevista a la Comisión Directiva de FUBIPA*, N° 25, pág. 221
- Strejilevich, S., *La maldición del litio*, N° 25, pág. 198
- Torreiro, M., ver Sivak, R.
- Triskier, F., *Desempleo y suicidio juvenil: un final del recorrido*, N° 24, pág. 148
- Triskier, F., *Trastorno bipolar en adolescentes*, N° 25, pág. 186
- Tustin, F., *Entrevista por C. Bronstein y A. Etchegoyen*, N° 24, pág. 124
- Villena Aragón, J. C., *Desempleo y enfermedad*, N° 26, pág. 250
- Wiater, A., ver Sivak, R.
- Wolfberg, E., *Psiconeuroinmunoendocrinología y Campo Psicósomático*, N° 26, pág. 245

**Suplemento N° 1
al Volumen VII**

La Psiquiatría en el Noroeste

Corrales, A y Corrales, A., *Psicoterapia, una operativa compleja*, pág. 31

Duhart, F. M., *Shamanismo y psicoanálisis* pág. 22

Figuroa Outes, G., *Experiencia institucional de los años '60 y '70. Hospital "C. Jakob", Salta*, pág. 11

Fiorio, A. O., ver Rodríguez, J. L.

Florit, E. B., ver Quero, L. E.

Méndez, V., ver Quero, L. E.

Moltrasio, J. M., *Bonneval, el debate continúa*, pág. 40

Oviedo, L., ver Rodríguez, J. L.

Pacios, M. E., ver Rodríguez, J. L.

Paleari, A., *Susto*, pág. 24

Quero, L. E., Florit, E. B., Méndez, V., Zelaya, R. A., *La provincia de Jujuy: sólo cerca de la esperanza*, pág. 15

Rey, C. F., *Sobre el coqueo*, pág. 26

Rodríguez, J. L., Oviedo, L., Pacios, M. E., Fiorio, A. O., *Envejecimiento poblacional e instituciones geriátricas en Tucumán*, pág. 5

Zelaya, R. A., ver Quero, L. E.

Actualidad farmacológica

Cardinalli, D. P., *Ritmos circadianos y trastornos del sueño*, pág. 45

**Suplemento N° 2
al Volumen VII**

X Congreso Mundial de Psiquiatría

Alarcón, R. D., *El idioma no basta*, pág. 13

Conti, N., *En la tierra de Cervantes only english*, pág. 12

Declaración de Madrid, pág. 9

Lieh Mak, F., *Discurso de Ceremonia de Apertura*, pág. 7

Wintrebert, D., *Ecós del Décimo Congreso Mundial de Psiquiatría*, pág. 8

Wintrebert, D., *Entrevista al Dr. Juan José López-Ibor*, pág. 11

Computación

Bekerman, J., RUSSELL. *Servicios informáticos en Psicoanálisis* pág. 43

CDS. *Centro de Documentación y Servicios Janssen-Cilag* pág. 36

Crisamen. *Centro Regional de Información en Salud Mental* pág. 34

Psiconet. *La red Psi en InterNet*, pág. 40

Strejilevich, S., *BBS (Bulletin Board System)* pág. 27

Strejilevich, S., *BBS y Videoteca Central de la Facultad de Medicina de la UBA. Entrevista a Alejandro Stern*, pág. 2



**III Congreso Mundial
de Estados Depresivos**

**Simposio Internacional de Anorexia
Nerviosa y Bulimia
1997, 10 al 13 de setiembre
Mendoza – Argentina**

Auspicios

Dirección de Salud mental de la O.M.S., Asociación Mundial de Psiquiatría, Federación Mundial de Sociedades de Psiquiatría Biológica, P. D. T. Internacional, Colegio Latinoamericano de Neuropsicofarmacología, Asociación Latinoamericana de Psiquiatría, Asociación de Psiquiatras Argentinos, Colegio Argentino de Neuropsicofarmacología.

Presidente: Jorge Nazar.

Vicepresidente: Fernando Linares.

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, Alicia Córca de Antún, Santiago Nazar, Carlos Soria.
Secretaría de Finanzas: Benigno Gutiérrez.

Comité Científico: Juan C. Bacha, Norberto Espinosa, Roberto Gumbre, Benigno Gutiérrez, Ramón Piezzi, Eduardo Rodríguez Echandi, Ricardo Sardi, Manuel Sánchez Richards.

**Programas de Actividades Científicas
Sesiones Plenarias**

- Depresiones refractarias.
- Depresiones Crónicas.
- Distimias.
- Nuevos Enfoques Terapéuticos Farmacológicos de los Estados Depresivos.
- Epidemiología de la Depresión.
- Depresión, Demencia y Ancianidad.
- Depresión y Medicina Interna.
- Genética y Depresión.
- Comorbilidad de la Depresión en Psiquiatría
- Depresión, Niñez y Adolescencia.
- Depresión, Suicidio y Cultura Contemporánea.
- Nosología y Nosografía de la Depresión.
- Aspectos Interdisciplinarios en Depresión.
- Psiquiatría, Biología y Depresión.
- Psicoterapia y Depresión.
- Perspectivas de la Depresión en el siglo XXI (O.M.S., W.P.A.)
- Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Cultura Contemporánea.
- Aspectos Preventivos y Sociales de la Depresión.

Los trabajos científicos podrán ser presentados hasta el día 30 de abril de 1997, en la Secretaría del Congreso.

Informes e Inscripciones: Presidente del Congreso: Dr. Jorge Nazar, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Ciencias Médicas UNC - Casilla de Correo 33 (5500), Mendoza, Argentina

O Rivadavia 122, 8° Piso, Dpto. 81, Tel/Fax: 54-61-295662 / 380232 / 311209, Tel.: 54-61-205020, int. 2617/2618.

Correo Electrónico E-mail: afesta@uncu.edu.ar

Sede del Congreso: Centro de Congresos y Exposiciones "Emilio Civit" Avda. Peltier 611.