



# VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

22



## ESQUIZOFRENIAS Tratamiento a largo plazo

*Bantman / Gershanik / Gorog / Jufe  
Lagomarsino / Meltzer / Stagiuro*

*Revista de Experiencias Clínicas y Neurociencias / Dossier / El Rescate y la Memoria / Confrontaciones / Señales  
Volumen VI - N° 22 Diciembre 1995 - Enero - Febrero 1996*

1990 - 1995



# VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

## 22

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

F. Alvarez (Bs. As.), V. Baremlit (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), A. Mossotti (Santa Fe), J. Nazar (Mendoza), P. Noël (París), E. Olivera (Córdoba), M. Palestini (Sgo. de Chile), H. Pelegrina Cetrán (Madrid), J. Postel (París), D. Rabinovich (Bs. As.), D. J. Rapela (Córdoba), L. Ricon (Bs. As.), 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. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); E. Wahlberg (Hosp. Español); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); J. M. Paz (Hosp. Zubizarreta); M. Podruzny (Mar del Plata); N. Koldobsky (La Plata). **CORDOBA:** 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. Artilles Visbal. **ESPAÑA:** J. Giménez Avello, A. Berenstein, M. A. Díaz. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **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:  
Ana Herrera  
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 - 953-2353. 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. VI N° 22, DICIEMBRE 1995 - ENERO - FEBRERO 1996  
Todos los derechos reservados. © Copyright by POLEMOS S.A.

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

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

## SUMARIO

### REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- "Residencias de Salud Mental, Estudio comparativo de dos encuestas realizadas con 6 años de diferencia (1988 -1994)", Martín Agrest, Martín Nemirovsky, Sergio Strejilevich y Fabián Triskier. pág. 245.
- "Residuos catatónicos", Héctor Reggiani. pág. 251.

### DOSSIER

- **ESQUIZOFRENIAS. TRATAMIENTO A LARGO PLAZO.** El tratamiento a largo plazo de las psicosis esquizofrénicas. Aspectos psicofarmacológicos, G. S. Jufe y J. C. Stagnaro, pág. 260; "Hay que prevenir que se vuelvan psicóticos". Entrevista a Herbert Meltzer, por S. Apfelbaum y S. Strejilevich, pág. 275; Sobre los antipsicóticos atípicos, A. Lagomarsino, pág. 281; Disquinesias tardías: prevención y tratamiento. Entrevista a Oscar Gershanik Por S. Strejilevich y M. Fazzina, pág. 285; III Conferencia internacional sobre esquizofrenia, Vancouver, 1994, S. Parizot, M. Réca, A. Tapp y T. Trémine, pág. 290; Factores sociales y esquizofrenia. Reseña sobre el 148º Congreso de la American Psychiatric Association, Miami, 20-25 de mayo de 1995, P. Bantman, pág. 294; Psicoanálisis, psiquiatría y antipsiquiatría. Entrevista a Jean-Jacques Gorog, Por D. Kamienny y D. Wintrebert, pág. 301.

### EL RESCATE Y LA MEMORIA

- Jacques Joseph Valentin Magnan, N. A. Conti, pág. 307. Delirio crónico, por J. J. Magnan y P. Sérieux, pág. 310.

### CONFRONTACIONES

- El psiquiatra militar y su enfermo, François Lebigot, pág 321; La reflexión como método, Santiago Bardotti, pág 328.

### LECTURAS Y SEÑALES

- "Lecturas" pág. 331, "Señales", pág. 331.

**EDITORIAL**

**S**

i bien es cierto que los hados se asomaron a la cuna de Vertex para predecirle un futuro brillante, hay que reconocer que algunos malos espíritus se habían infiltrado entre el público murmurando: "¿Aparecerá el número 2?". La confianza es algo que se va ganando, nos decíamos. Comparábamos la preparación del primer número con las dificultades de jugar a las bolitas sobre un plano inclinado.

Por su nacimiento Vertex era mestiza, ya que uno de los fundadores vivía en París. Pero aunque abierta desde un comienzo al exterior, en particular a Europa, Vertex miraba sobre todo hacia el interior del país. Tejía con rapidez una red de corresponsales en toda la Argentina y, ya desde el tercer número, le daba la palabra a innovadoras experiencias realizadas por colegas de las provincias de Córdoba, Río Negro y Santa Fe.

Cumpliendo nuestro deseo inicial de crear un espacio nuevo en el seno de la psiquiatría argentina, nos íbamos transformando, rápidamente, en la revista más leída de nuestro campo. Pero, ¿hemos llegado al nivel de lo que significa Vertex en latín, a la vez la cima, el punto culminante, el Vertex del cráneo y el torbellino, el Vertex de los físicos?

En cuanto a este último, creemos poder dar una respuesta afirmativa: hemos publicado unos 250 artículos que dan cabida a distintos puntos de vista sobre temas variados, provenientes de horizontes teóricos y geográficos muy diversos. Casi un cuarto del espacio de redacción se ofrece a autores extranjeros que se han hecho presentes con trabajos originales.

En lo que atañe a la cima, a juzgar por la cantidad de suscriptores —cerca de mil— nos encontramos efectivamente en un pico nunca alcanzado en el país por una revista de Salud Mental. Pero las ramas más altas del árbol, las que se ven a lo lejos, sólo se sostienen si hay raíces sólidas. De allí el énfasis que ponemos en el deber de la memoria, es decir, en la historia de la psiquiatría. Por fin, la cima, son artículos que dejan una huella, modifican nuestra mirada, y nos despiertan de nuestro letargo dogmático. En este punto, la batalla nunca está del todo ganada, aun si ciertos artículos de Vertex perduran en la memoria de todos.

Vaya nuestro agradecimiento a nuestros corresponsales y miembros del Comité Científico por su permanente apoyo y fecunda participación. La incorporación desde los últimos números de un Secretariado de Redacción en el que campea la juventud y el talento, son garantía de renovados esfuerzos en la calidad del trabajo.

A ustedes, amigos lectores sin los que esta revista no existiría, muchas gracias por vuestra confianza.

En una época en la que la evolución de la genética llega hasta la pretensión de identificar en los genes la causa de la homosexualidad e incluso la de la infidelidad masculina, en una época en la que verdaderos éxitos médicos parecen barrer con toda subjetivación del sufrimiento psíquico, nosotros deseamos mantener un rumbo que podríamos definir así: sí a la ciencia, pero no sin el sujeto. Seguiremos buscando las palabras justas para defender esta posición que nos imponen nuestras consideraciones éticas ■

**J. C. Stagnaro D. Wintrebert**

## REGLAMENTO DE PUBLICACIONES



- 1) Los artículos deben enviarse a la redacción: VERTEX. 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 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 y teléfono. 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 no deberá exceder de 20 páginas, dactilografiadas a doble espacio a razón de 30 líneas por página.
- 3) Las referencias bibliográficas se ordenarán por orden alfabético al final del trabajo y en la siguiente forma:
  - 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 piede 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 en forma anónima por, al menos dos miembros del Comité Científico quienes permanecerán también anónimos. 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.

# Residencias de Salud Mental

## Estudio comparativo de dos encuestas realizadas con 6 años de diferencia (1988 -1994)

**Martín Agrest** *Psicólogo Clínico, Ex-Jefe de Residentes 1994-95, Hosp. Municip. "T. de Alvear", Bs. As.*  
**Martin Nemirovsky** *Médico Psiquiatra, Ex-Jefe de Residentes 1994-95, Hosp. Municip. "T. de Alvear", Bs. As.*  
**Sergio Strejilevich** *Médico Psiquiatra, Ex-Jefe de Residentes 1992-93, Serv. de Psicopatología, Hosp. Municip. "P. Piñero", Bs. As.*  
**Fabian Triskier** *Médico Psiquiatra, Ex-Jefe de Residentes 1992-93, Serv. de Psicopatología, Hosp. Municip. "P. Piñero", Bs. As.*

### Resumen

Dos encuestas realizadas con Residentes de Psiquiatría en los años 1988 y 1994 permiten indagar, con 6 años de diferencia, algunas características poblacionales de este grupo. Asimismo, la preocupación por la formación recibida manifestada en las encuestas más recientes es tomada como punto de partida para la reflexión sobre la capacitación de los Residentes de Psiquiatría en los últimos años. El trabajo propone que el aumento de la disconformidad con la formación estaría vinculado a transformaciones en lo valorado por los Psiquiatras, a las exigencias socio-laborales al salir de las Residencias, así como a revisiones en los paradigmas en la Salud Mental.

**Palabras Clave:** Encuestas - formación en psiquiatría - Residentes - Satisfacción con la formación

RESIDENTS IN PSYCHIATRY - COMPARATIVE STUDY OF TWO SURVEYS WITH SIX YEAR DIFFERENCE (1988-1994)

### Summary

Two surveys with Residents in Psychiatry in 1988 and 1994 show the populations' features of this group with a 6 year difference. Their explicit concern about the training they receive is used to review the way psychiatrists are trained. It is proposed that the higher rate of dissatisfaction with the training programs among psychiatrists would be linked to changes in what is a valuable practice for each moment, the working requirements outside the residencies, as well as to changes in the prevalent paradigms in Mental Health.

**Key Words:** Surveys - Training in psychiatry - Residents - Satisfaction with training

INTERNATS DE SANTÉ MENTALE - ÉTUDE COMPARATIVE DE DEUX SONDAGES RÉALISÉS AVEC 6 ANS DE DISTANCE (1988-1994)

### Résumé

Deux sondages menés auprès des Internes de Psychiatrie en 1988 et en 1994 permettent d'établir quelques caractéristiques de ce groupe avec 6 ans de distance. De même, le souci par rapport à la formation qui apparaît dans les sondages les plus récents est le point de départ d'une réflexion sur la formation des Internes de Psychiatrie des dernières années. Ce travail montre que l'insatisfaction croissante vis-à-vis de la formation serait en rapport avec la transformation des valeurs des Psychiatres, avec les exigences socio-professionnelles une fois l'Internat fini, et avec certaines révisions des paradigmes de la santé mentale.

**Mots Clé:** Sondage - Formation en psychiatrie - Internes - Satisfacción de la formación.

### Introducción

En 1988 uno de nosotros<sup>1</sup>, aprovechando la oportunidad de unas Jornadas de Residentes de Salud Mental, practicó una encuesta a 42 residentes de la especialidad. Algunos años más tarde, en 1994, en ocasión de unas Jornadas Metropolitanas de Residentes de Salud Mental, los Jefes de Residentes de varios hospitales, sin referirse a aquel intento previo, formularon una nueva encuesta<sup>2</sup>. En ella, las respuestas dadas por más de 100 residentes permitieron indagar cuál era su perfil poblacional y sus opiniones en cuanto a la formación que obtenían.

La encuesta de 1988 comprendía 25 preguntas, abarcando aspectos referidos al perfil sociocultural de los Residentes.

En 1994 se dividieron las preguntas en dos encuestas distintas: en una se indagaba acerca del perfil social y familiar y algunos aspectos de los hábitos de vida de los Residentes; resultaba en sus preguntas, de esta manera, muy similar a la de 1988. La otra inquiría sobre la opinión acerca de la formación que estaban recibiendo.

Tabla N° 1

**Características poblacionales de los Residentes en 1988 y 1994**

	1988	1994
Cantidad de encuestados	42	47
Promedio de edad	26,5	29,9
Residentes de 1° año	18 (42,9%)	11 (23,4%)
Residentes de 2° año	13 (30,9%)	9 (19,1%)
Residentes de 3° año	8 (19,1%)	11 (23,4%)
Residentes de 4° año	2 (4,8%)	9 (19,1%)
Jefes o Instructores de Residentes	1 (2,4%)	7 (14,9%)
Promedio de años de Residentes	1,93	2,83
Casados	16,7%	30,9%
Solteros	78,6%	65,5%
Separados	4,8%	3,6%
Viven solos	28,6%	29,1%
Viven en pareja (no casados)	9,5%	28,2%
Viven con la familia actual	16,7%	20%
Viven con su familia de origen	42,9%	21,8%
Están/estuvieron en tratamiento psi.	90,5%	89,6%
Actualmente en tratamiento psi.	73,8%	63,8%
Nunca estuvieron en tratamiento psi.	9,5%	10,4%
Antecedentes hosp. en otra especialidad	21,4%	42,8%

Cerca de la mitad de las preguntas se repetía casi en forma textual en las encuestas de estos dos años. Además de sugerirnos que en ambos momentos los problemas parecían ser los mismos, no dejaba de impactarnos la falta de una memoria de los antecedentes. Teniendo en cuenta esta particularidad, decidimos investigar si se habían producido cambios significativos en los resultados de las dos encuestas.

**Algunas consideraciones metodológicas**

La encuesta de 1988 había sido diseñada originariamente para comparar una población de Residentes de Psiquiatría con otra de Residentes de Clínica Médica. Fueron 61 los Residentes que entregaron las encuestas, de los cuales 42 eran de Psiquiatría y 19 de Clínica Médica. En esa ocasión, entonces, sólo se encuestó a los

Psiquiatras. Los resultados obtenidos no fueron terminados de procesar, y por ende no fueron publicados.

La encuesta de 1994 fue diseñada y utilizada para las "Jornadas Metropolitanas de Residentes de Salud Mental" (Noviembre de 1994). En esa oportunidad fueron comparadas la población de Psicólogos Residentes con la de los Médicos Residentes en Psiquiatría, discriminando los datos obtenidos según la profesión.

Ambas encuestas -1988 y 1994- fueron anónimas e incluyeron más preguntas que las aquí analizadas. Aquellas que exponemos mantenían semejanzas en sus formulaciones y, según creemos, relevancia en sus respuestas. Las que no cumplieron estos criterios fueron descartadas para este trabajo.

La diferencia de seis años entre las encuestas hizo que, salvo alguna excepción, ninguna de las personas que completó la segunda encuesta hubiese participado de la primera. Asimismo, durante ese período se produjo un importante aumento de vacantes y de hospitales con Residencias para Psicólogos. En 1988 eran escasas las Residencias para Psicólogos. En 1994, los Médicos compartían su Residencia con los Psicólogos en aproximadamente 15 hospitales del Área Metropolitana.

En este estudio, sólo fueron usados los datos referidos a los Médicos para observar las variaciones entre 1988 y 1994. No se tuvieron en cuenta para este trabajo las respuestas de los Médicos Clínicos de 1988 ni las de los Psicólogos de 1994. El primer estudio (1988) comprendió cuarenta y dos casos y el segundo (1994), cuarenta y siete. No poseemos la cifra exacta pero calculamos que había entre 120 y 150 médicos que estaban realizando su Residencia en Psiquiatría tanto en 1988 como en 1994 para el área que nos ocupa. Esto significa que nuestra muestra corresponde aproximadamente a un 35% del total de Residentes Médicos en Salud Mental.

Revista

**Cinco Años de**

**TopiA**

**Temas de Psicoanálisis, Sociedad y Cultura**

**APARECE ABRIL - AGOSTO - NOVIEMBRE**

Informes: 802-5434 / 785-5873  
 Fax: 943-0968 / 784-1967  
 Correo Electrónico: TOPIA@PSICONET·SATLINK·NET

## Resultados

### 1. Características poblacionales

Exponemos en la Tabla 1 los datos comparables de las dos encuestas.

### 2. La conformidad con la formación en la Residencia

Tanto en 1988 como en 1994, así como en otras encuestas (2, 4), fue indagada "la conformidad" con la formación que los Residentes estaban adquiriendo. Sin embargo, es necesario aclarar que su formulación no fue idéntica. Por otra parte, en 1994 hubo dos preguntas similares para evaluar la conformidad con la formación clínica ("¿Está satisfecho con las expectativas que tenía antes del ingreso a la residencia en cuanto a la formación clínica?" y "¿cree haber sido capacitado para el trabajo clínico?").

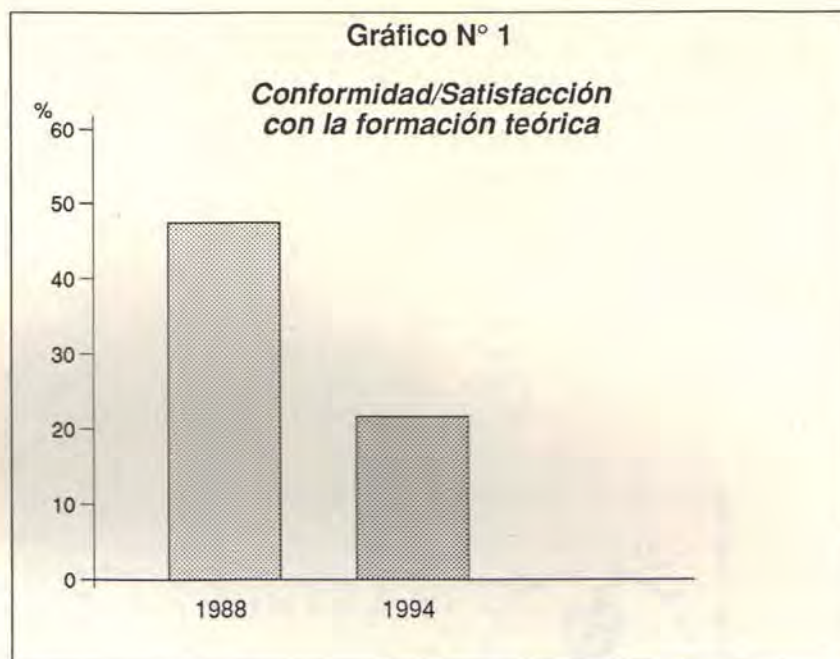
Para 1988 vimos que el 47,6% de los encuestados estaba conforme con la formación teórica que recibía. Un 50% no lo estaba (2,4% no contestó). En 1994, la satisfacción con la formación obtenida fue de 21,4%. Es decir, un 55% menos (Gráfico 1).

En el área de la práctica clínica, las encuestas de 1988 mostraron que el 71,4% estaba conforme con la formación recibida. En 1994, en cambio, los resultados señalan dos valores llamativamente discordantes entre sí: por un lado sólo un 47,6% dice estar satisfecho (es decir, 23,8% menos que antes; o, en términos porcentuales, un 30% menos está satisfecho). Por otro lado, un 73,8% cree haber sido capacitado para el trabajo clínico. Esto implica que en 1994 encontramos una significativa diferencia (no indagada en 1988) entre quienes se sienten satisfechos con su formación clínica y quienes se creen capacitados para desempeñarse en dicha área (1)(Gráfico 2).

### Análisis de los resultados y conclusiones

A partir de los resultados expuestos, creemos prioritario analizar:

a. los motivos por los cuales la



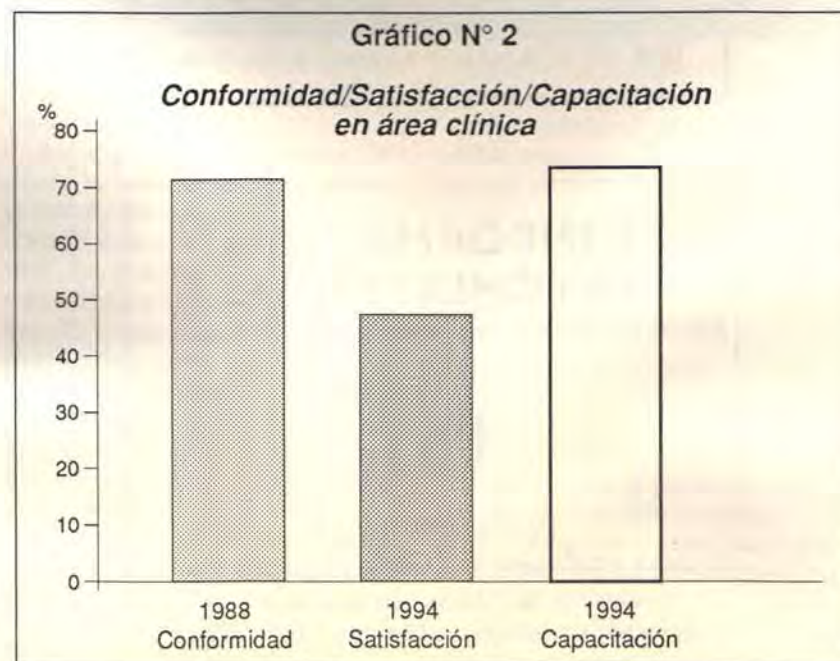
conformidad de los Residentes en Psiquiatría disminuyó 55% en los últimos seis años respecto de su formación teórica;

b. las razones de la diferencia encontrada entre 1988 y 1994 para la conformidad con la formación clínica. Ambos resultados marcan una tendencia sobre la que pensamos es necesario reflexionar.

Los datos ofrecidos en la tabla N° 1 dan cuenta de cambios en las características de las poblaciones encuestadas. No es posible afirmar que hayan sido estas diferencias las que causan las discrepancias halladas entre 1988 y 1994 en cuanto a la conformidad

con la formación teórica y clínica que obtienen en sus Residencias. Aun así, hemos decidido exponer estos resultados, ofreciéndolos para futuros análisis.

Tenemos la impresión de que en 1988, en mayor proporción respecto de 1994, los médicos que ingresaban a la Residencia en Psiquiatría lo hacían con el propósito de convertirse en psicoanalistas. Esta era la práctica que esperaban realizar al salir de este dispositivo de formación y sus docentes, ya analistas, contaban con abundante trabajo. La enseñanza de psicofarmacología y neurociencias no tenía la presencia ni generaba el interés que





luego tendría. En este contexto, la psiquiatría parecía ser más un "obstáculo a salvar" —en el camino al psicoanálisis— que una disciplina a aprender. Eran frecuentes los casos en los que aun teniendo el título de Psiquiatras, estos profesionales sólo se dedicaban al psicoanálisis en sus consultorios. Socialmente, en la ciudad de Buenos Aires, esta disciplina era poco cuestionada. Cuando "un paciente tenía tela" lo más apropiado era "iniciar un

análisis". Si la gravedad hacía pensar que era necesaria una medicación, ésta era administrada teniendo mucho cuidado de no "tapar el delirio" y de no "obturar su análisis". Si (y sólo si) el paciente "era un caño", uno podía "resignarse" a darle solamente un psicofármaco.

Es decir, aquello para lo que los Residentes se formaban era para lo que ellos mismos, el resto de sus colegas, y los que buscaban tratamiento, valoraban como más

importante: analizar. Y siendo eso lo que esperaban aprender, no parecía haber muchos lugares en donde hacerlo mejor.

Las Residencias sólo de modo paulatino han ido incorporando y valorizando una mayor formación en neurociencias y psicofarmacología. Las concepciones que alienan diversas corrientes actuales en psiquiatría plantean enfoques según los cuales ciertos tratamientos farmacológicos o psicológicos alternativos al psicoanálisis podrían ser "las mejores terapéuticas posibles", y no "aquellos con lo que hay que conformarse porque lo ideal, el psicoanálisis, no es posible en ese caso".

Sin embargo, las Residencias psiquiátricas de 1994 no serían los "mejores lugares" en donde formarse para estas nuevas inquietudes. Las instituciones donde se desarrollan no cuentan con tradición, docentes, ni recursos tecnológicos que puedan permitirles aprender, ahora, aquello que muchos Residentes creen que deben aprender(6).

Otro factor, que trasciende los modelos teóricos pero se vincula a ellos, es el relativo a la salida laboral y a los conocimientos que los Residentes suponen que necesitarían adquirir para trabajar posteriormente. Los sistemas de prepago o las Obras Sociales cubren gran parte de las demandas no hospitalarias. Y para ellos, por cuestiones de mercado, los tratamientos alternativos al psicoanálisis se presentan como una necesidad casi indudable.

A este panorama, habrían de agregarse otras dos situaciones: primero, la inclusión de los psicólogos en las residencias médicas de psiquiatría; segundo, una crisis a nivel de los paradigmas en el ámbito de la Salud Mental.

Si antes la angustia era "la alentadora brújula de una falta en las respuestas", poco después habría dejado de ser considerada "estructural y necesaria". Gracias a la comparación con el "supuesto saber" de los psicólogos ya no sería una *buena señal de angustia* sino un *déficit remediable* en otro campo. La psicofarmacología y la psiquiatría, en algunos casos, habrían pasado a ser un refugio y, por qué no, un bastión. A cambio, muchos psiquiatras preferían de-



**INSTITUTO  
ERNA**

**ATENCIÓN 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.

**L'INFORMATION  
PSYCHIATRIQUE**

Revue mensuelle des psychiatres des hôpitaux

**L'INFO  
PSY**

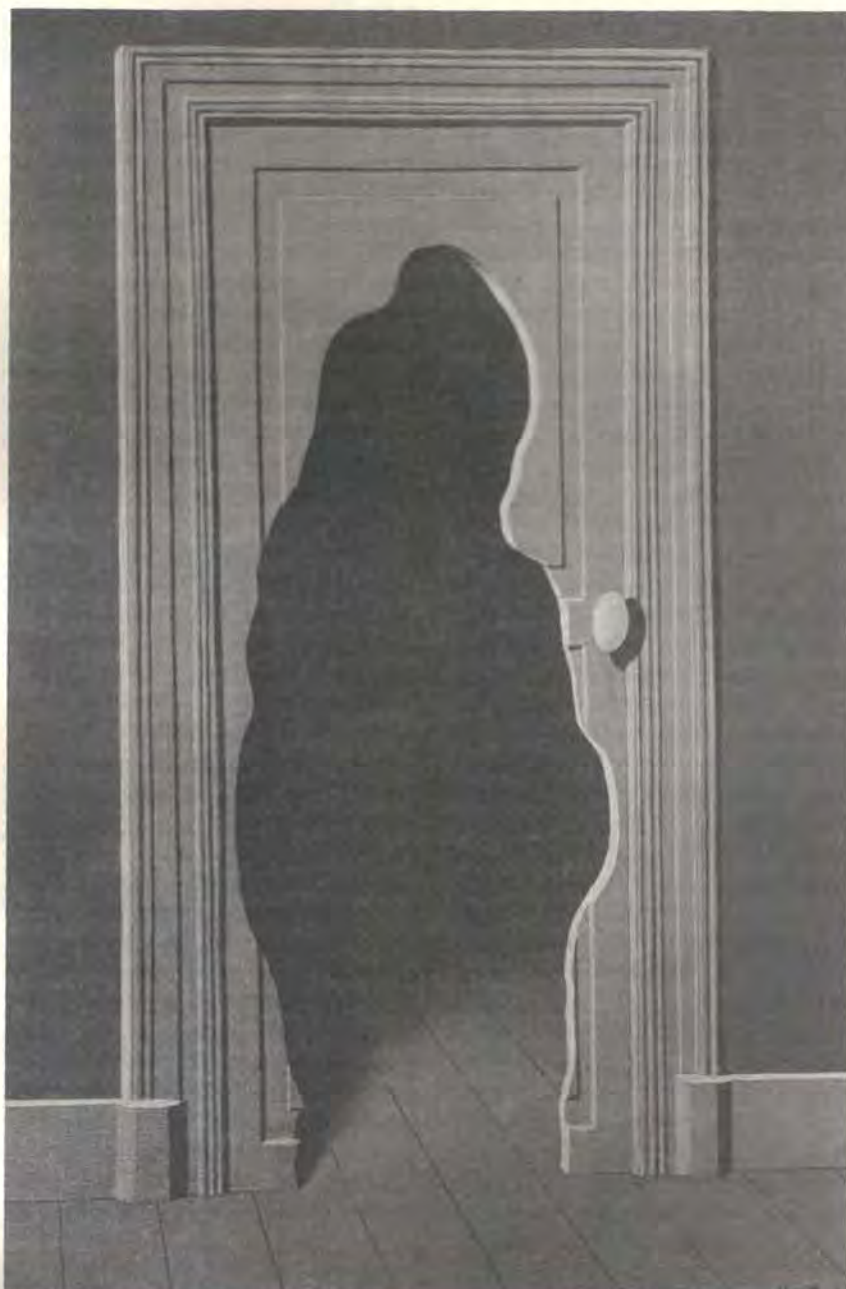
10 Números por año

La mejor actualización de la Clínica psiquiátrica francesa,  
comentarios de libros, artículos históricos  
Informes y suscripción en la Argentina - Tel.: 953-2353

sentenderse de las psicoterapias "que podían quedar en manos de los psicólogos". Pero, nuevamente, si en este campo (también complejo) debían profundizar, tampoco contaban con los medios que entendían necesarios. Los servicios de psicopatología carecían en su gran mayoría de psiquiatras con interés en transmitir aquello que los Residentes privilegiaban. Era frecuente, en cambio, que los médicos fuesen en su mayoría psicoanalistas.

La otra situación que requiere nuestra atención surge de algunas particularidades epistemológicas. En las residencias de 1988, una matriz disciplinar recubría casi todos los interrogantes. El psicoanálisis (y fundamentalmente el de orientación lacaniana) proveía de respuestas para casi todas las preguntas que entonces se formulaban. Diferentes condiciones históricas singulares de nuestro medio, hicieron que esta perspectiva del "campo psi" tuviera profundo impacto en las instituciones que estamos estudiando. Si bien desde el psicoanálisis se hacía una crítica al "discurso hegemónico" —supuestamente, el médico—, no era difícil observar que el discurso prevalente al momento de la encuesta de 1988 era, paradójicamente, el mismo psicoanálisis.

En la encuesta de 1994 la situación sería otra. La historia interna y externa de nuestro campo modificaron la situación. Ahora, la intención de formación entre los médicos resultaría diferente que en 1988. Por otra parte, los paradigmas que explican este campo de estudio habrían arraigado en nuestro medio una constante y afiebrada revisión. Las respuestas previas no serían aceptadas como suficientes y disputarían su validez con otras muy distintas. Aun cuando no se tratase de nuevas teorías (en sí mismas, con varias décadas de vida en otros lugares), para las Residencias que nos ocupan habrían emergido como si lo fuesen. Y "debido a que exige la destrucción de paradigmas en gran escala y cambios importantes en los problemas y las técnicas de la ciencia normal, el surgimiento de nuevas teorías es precedido generalmente por un período de inseguridad profesional profunda. Como podría esperarse, esta inseguridad es generada por



*el fracaso persistente de los enigmas de la ciencia normal para dar los resultados apetecidos*"(5).

Por otro lado, la perspectiva desde la cual se asistiría a estos cambios, en nuestras residencias, corresponde a la "del último de la fila". En muchas ocasiones, participar directamente de los hechos —en este caso participar de las experiencias que modifican el campo observacional<sup>3</sup>— no termina de generar tranquilidad, pero al menos resulta mucho mejor que sólo poder visualizarlo pasivamente, y de lejos. Sumado a esto, la carencia de una contextualización epistemológica de los "nuevos desarrollos" contribuiría a aumentar esta intranquilidad(3).

#### Comentarios y sugerencias

Señalamos al comenzar que ambas encuestas fueron realizadas sin que estuvieran incluidas en un proyecto sistemático. Podríamos decir que sólo el azar produjo el encuentro entre estos datos. También marcamos algunas diferencias. En 1988 fue el resultado de un esfuerzo individual; en 1994 un trabajo colectivo comienza a poder registrarse. Primero un Residente de primer año de uno de los hospitales tuvo la iniciativa personal de efectuar esta investigación. Luego hubo un trabajo conjunto de los Jefes de Residentes de cerca de 16 hospitales del Area Metropolitana durante varios meses como resultado del cual:

1. se organizaron unas jornadas con la participación de 270 residentes de Salud Mental,

2. se dictó un curso para 70 residentes de distintos hospitales,

3. se llevó a cabo, promocionó y repartió la encuesta anteriormente analizada. Creemos que haber pasado de una iniciativa aislada de un Residente a un trabajo conjunto y prolongado a lo largo de todo un año por parte de Jefes de Residentes es una diferencia que no puede dejar de señalarse. En sí mismo, éste es un dato a tener en cuenta.

No siempre ha existido el mismo nivel de insatisfacción en las residencias en psiquiatría, como en 1994. Haciendo un corte, seis años antes la formación teórica y clínica tenía un consenso significativamente mayor.

Es cierto que permanece en el plano hipotético si las diferencias halladas responden a transformaciones teóricas del campo que nos ocupa o si, en cambio, se deben preferentemente a transformaciones en el mercado y la salida laboral. Tampoco descartamos que otros factores, tales como las variaciones a nivel poblacional o la inclusión de los psicólogos, puedan haber afectado la valoración subjetiva de los Residentes respecto de aquello que creen que pasa con su formación. Nuevas observaciones podrían dedicarse a poner a prueba la validez de estas explicaciones.

Asimismo, nos parece fundamental dejar planteada la pregunta por las acciones concretas o posibles mediante las cuales los Residentes pudiesen transformar aque-

llo de lo que se quejan. Frente a este panorama privilegiamos alternativas grupales antes que individuales. En este sentido, creemos que el trabajo conjunto de las Residencias durante el período 1994-95 con la continuidad impulsada por los Jefes de Residentes de 1995-96, puede ser un camino. Aun más, tampoco podemos valorar cualitativamente el dato de la insatisfacción. Sería posible que el mismo reflejase mayor compromiso o mayor discusión por parte de los propios Residentes y no simplemente una disminución en el nivel de formación.

Por este motivo, nuestra propuesta no es "volver a los porcentajes de satisfacción de 1988" sino revisar críticamente los esquemas referenciales en los que se capacita a los Residentes en Psiquiatría. Sin esta revisión, aun cuando la conformidad pudiese mejorar, ese

avance podría no ser más que una vieja solución bajo una nueva apariencia.

Para finalizar, creemos que el primer resultado de este trabajo deriva de la presencia del trabajo mismo. Sobre un fondo carente de estudios similares, su mero desarrollo ya es un indicador.

Por otra parte, reconocemos las limitaciones de nuestro planteo. La misma metodología usada, por sus fallos, genera obstáculos. Sin embargo, la simple observación inductiva y las interrogaciones consecuentes resultan cruciales para un acercamiento sistemático a fenómenos que reclaman atención técnica.

Con estas consideraciones, esperamos que este trabajo genere un efecto en cadena que multiplique este tipo de observaciones. Al menos, ahora tenemos preguntas más firmes desde donde partir ■

## L'ÉVOLUTION PSYCHIATRIQUE

*Cahiers de psychologie clinique et de  
psychopathologie générale fondés en 1925*

*Rédacteur en chef: Yves Thoret*

**4 Números por año**

Solicitar informes y suscripción en la redacción de Vertex  
49-0690 de 10 a 16 horas

### Notas

1 Sergio Strojilevich, entonces Residente de Primer Año del Hospital "Parron Piñero".

2 Confeccionada fundamentalmente por la Lic. Gabriela Salvo (Jefe de Residentes, Htal. "P. de Elizalde"), la Dra. Daniela Siri (Jefe de Residentes, Htal. "P. de Elizalde") y la Lic. Silvina Weis (Jefe de Residentes, Htal "R. Gutiérrez"), y con la colaboración del Dr. Martín Nemirovsky (Jefe de Residentes, Htal. "T. de Alvear") y el Lic. Martín Agrest (Jefe de Residentes del Htal. "T. de Alvear")

3 En cierto modo, esto es lo que sucedía en 1988 cuando las Residencias su-

puestamente eran "un muy buen lugar donde formarse para aquello que se aprendía en ellas".

### Referencias bibliográficas

1. Agrest, M., Los residentes de salud mental en 1994: características poblacionales y sus opiniones sobre la formación, *Acta Psiquiátr. Psicol. Am. Lat.*, 41 (3): 219-229, 1995.
2. Awad, G.; Darby, P.; Garfinkel, P., Psychopharmacology Training in Psychiatric Residency Programs: The Canadian Scene, *Can. J. Psychiatry*,

36 (1): 21-25, 1991.

3. Bardotti, S., La reflexión como método, *Vertex, Rev. Arg. de Psiquiat.* (en prensa), 1995.
4. Jadresik, E., Formación de postgrado en psiquiatría: Evaluación de una experiencia, *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 25 (2):128-134, 1987.
5. Kuhn, T., *La estructura de las revoluciones científicas*, México, Fondo de Cultura Económica, 1992, pag. 114, 1962.
6. Mohl, P.; J. Lomax, et. alt., Psychotherapy Training for the Psychiatrist of the Future, *Am. J. Psychiatry*, 147 (1): 7-13, 1990.

# Residuos catatónicos

Héctor Reggiani Médico psiquiatra. Jefe de Servicio. Pabellón J. M. Charcot, Hosp. Mun. "B. Moyano", Brandsen 2570, Bs. As.

Se conocen en medicina en el curso de distintas enfermedades, aquellas lesiones denominadas residuales consecutivas a la pérdida sin restitución de sustancia o función.

Enuncio una probable etiopatogenia para dar cuenta de una lesión residual, de una enfermedad padecida por una persona internada desde hace once años en el Pabellón Charcot del Hospital Municipal "Braulio Moyano" de la Capital Federal.

El desarrollo del tema, incluirá dos niveles de análisis. En el primero, Clínico-psiquiátrico, se aporta información destinada a esclarecer la etiopatogenia inicial, intentando dar una explicación de los signos y síntomas del padecimiento actual. En un segundo nivel que denominaremos Asistencial-institucional, se procura información para establecer una homología etiopatogénica del "padecimiento actual"; una suerte

de resultado del "como si" asistencial. Subrayo que ambos niveles de análisis son complementarios, destacando así la necesidad de revisión de las modalidades asistenciales en las instituciones, como también de los esquemas teóricos referenciales con los cuales se aborda a menudo el padecimiento del individuo catalogado como "enfermo mental".

## I. Primer nivel de análisis: clínico-psiquiátrico, etiopatogenia

Pedro Cossio en su introducción a la Semiología Médica discrimina entre signo y síntoma de la siguiente manera: "...se utilizará signo para las manifestaciones objetivas, o sea lo denominado síntoma objetivo en contraposición a lo percibido por el propio paciente y revelado sólo por el interrogatorio que a su vez se conoce como

síntoma subjetivo". En lo que sigue utilizaré la acepción de signo empleada por el autor citado.

## a. Datos de la historia clínica

Se trata de A. D., de 60 años oriunda de Aguará (Pcia. de Corrientes), localidad en la que integró una familia de ocho hermanos; padre puestero, madre en casa, escolaridad irregular, viene a sus 14 años a la Capital Federal en busca de "futuro" como doméstica. A los 24 años está alumbrando anualmente sus hijos, de los que recuerda el nombre pero ignora donde están. Aislada y solitaria portando un atado (la bolsa "moyánica" de pertenencias, que indica un grado de integración coherencia y autosostenimiento) deambula por el hospital. Luego de una primera internación, en 1983, se fuga en 1987 y es reinternada -previa detención policial por vagancia- en 1991. Responde al interrogatorio con reticencia y pobreza de contenido, aunque correctamente, advirtiéndose que está orientada.

Sus evocaciones espontáneas son nulas, sólo las preguntas directas logran respuestas parciales acerca de su pasado; con parcidad comunica su procedencia, familia, adolescencia, el nacimiento de sus hijos (cinco que se llevan un año entre sí)... a los 22, 23, 24, 25, 26... años "fechas" en las que sitúa sus partos. No hay referencias ni biológicas, ni biográficas, hasta la internación en el Hospital Argerich "por que estaba muy flaquita"; de allí es derivada al Hospital Tornú en el que se la asiste por un proceso broncopulmonar de etiología tuberculosa, durante siete meses. Es durante ese tiempo que relata impresionantes edemas en los miembros inferiores y superiores -"se me hincharon"- que

### Resumen

Tomando como modelo las lesiones residuales descritas en medicina, se estudia en este trabajo un caso clínico. La reflexión clínica que se desarrolla permite una aproximación metodológica en dos niveles complementarios: Clínico-Psiquiátrico y Asistencial-Institucional, desde los cuales se plantea una revisión de los criterios de asistencia y de los marcos teóricos con los que se aborda al sujeto catalogado como "enfermo mental".

Palabras Clave: Catatonía - Psiquiatría institucional - Diagnóstico psiquiátrico.

### CATATONIC RESIDUES

#### Summary

In this paper, a case report is studied considering the residual lesions typically described by physicians. This clinical reflection gives way to two complementary levels of analysis: one of them stands for a clinical perspective and the other for an institutional one. Both of them allow to review the assistance criteria the theoretical frames to help the so called "mentally ill".

Key Words: Catatonía - Psychiatry institucional - Psychiatric diagnostic.

### RÉSIDUS CATATONIQUES

#### Résumé

Dans cet article l'auteur se penche sur un cas clinique en prenant comme modèle les lésions résiduelles décrites en médecine. La réflexion clinique développée nous permet de faire une approche méthodologique à deux niveaux complémentaires: Clinique-Psychiatrique et Assitentiel-Institutionnel, à partir desquels l'auteur propose une révision des critères d'assistance et des cadres théoriques avec lesquels on approche le sujet catalogué comme "malade mental".

Mots Clé: Catatonie - Psychiatrie institutionnelle - Diagnostique psychiatrique.

duran "cierto tiempo" y que al irse "dejan los dedos así".

Si se la indaga con insistencia admite haber "tomado un poco", que se encuentra en un "hospital de cabezas" al que la han traído y su única preocupación manifiesta es hablar con el Juez. El tema incluiría ideas de perjuicio, dada la reticencia a comunicar de qué se trata, insistiendo en "que ella no es juguete de nadie". Indiferente en distintas situaciones, no reclama ninguna medicación o tratamiento por su padecimiento en los miembros, pero se queja de dolor al caminar.

*Resumiendo:* Relativa orientación espacio-temporal, atención conservada, ausencia de alteraciones sensorceptivas, hipomnesia retroógrada, antecedentes de alcoholismo, juicio conservado (ideas de perjuicio), reticencia. Afectividad orientada hacia el polo del malhumor. En el examen físico se observa que A. D. es una mujer delgada, que se desplaza lentamente, con precaución, mirando el piso atentamente; a veces, de reojo, sin girar la cabeza, furtivamente, observa en derredor. A simple vista se advierte su dificul-

tad al caminar, aumenta levemente el área de sustentación, flexionando apenas la articulación del tobillo, por momentos un temblor amplio sacude sus miembros superiores, particularmente el derecho, imprimiendo un movimiento a todo el cuerpo, que a veces toma la cabeza y la mandíbula. Si bien es frecuente advertir estos episodios de temblor que se incrementan con la emoción cuando está sentada, es raro verlos cuando camina. Su postura habitual es de inspiración permanente, con los hombros ligeramente levantados, y relieve notorio de los esternocleidomastoideos con profundos huecos supraclaviculares. Su facies compuesta, desdentada, sin pliegues propios de la vigencia muscular expresiva, mantiene una mirada inquieta y penetrante aunque por momentos; en general está ensimismada. No hay hipersecreción sebácea ni sialorrea.

Las manos y los pies presentan posiciones atípicas:

*Mano izquierda:* Metacarpo en flexión sobre el antebrazo. Primera falange en hiperextensión dorsal. Segunda y tercera falanges del 3°, 4° y 5° dedos en flexión, 2° en

extensión, 1° en hiperextensión. Pulgar en aducción.

*Mano derecha:* Metacarpo en extensión sobre el antebrazo. Primera falange en flexión palmar. Segunda falange en hiperextensión dorsal. Tercera falange en extensión dorsal. Pulgar en aducción.

*Pie izquierdo:* Primera falange en hiperextensión dorsal. Dedo gordo, hiperextensión aducción con encimamiento de los otros dedos.

*Pie derecho:* Primera falange en hiperextensión dorsal, con encimamiento del 5° dedo sobre el 4°. Dedo gordo, en flexión plantar y aducción.

Todas las articulaciones, en mayor o menor grado, presentan movilidad indolora pasiva. Los movimientos habituales de los dedos en las manos no se realizan, salvo alguna pinza; los dedos de los pies no tienen movimiento.

Las posiciones están fijadas y al desplazarlas ceden relativamente con dificultad no articular, sí aponeurótica tendinosa, indicando retracciones permanentes; las masas musculares del antebrazo y de la pierna presentan disminución del volumen y del tono. El despla-



Figura 1. Lesiones en manos de la paciente A. D.



Figura 2. Lesiones en miembros inferiores de la paciente A. D.

zamiento del antebrazo sobre el brazo y de la pierna sobre el muslo se realiza con facilidad.

Las uñas presentan conformación en vidrio de reloj.

La piel de las piernas presenta en su tercio inferior —más intensamente en la derecha que aparece de mayor volumen— una coloración oscura pardo vinosa, brillante, en manguito, sin edema y algunos trayectos varicosos no muy visibles en la pierna derecha, pero sí en la izquierda.

Con esta paupérrima información reconstruyo cierta etiopatogenia probable, que da cuenta de la lesión residual, simétrica, en miembros superiores e inferiores.

Resumo entonces la misma:

Posiciones atípicas de los dedos de manos y pies.

Temblor amplio episódico c/actividad y emoción.

Hipotonía, hipotrofia de grupos musculares.

Desaparición de las sincinecias.

Posiciones corporales "fijadas" en inspiración permanente.

Dermatitis ocre y pigmentaria en miembros inferiores.

Osteopatía hipertrofiante néumica (uñas en vidrio de reloj).

De estos signos separo a los que expresan procesos broncopulmonares crónicos (la osteopatía hipertrofiante néumica de Pierre Marie-Bamberger(4) y la posición de inspiración permanente de la insuficiencia respiratoria crónica) rescatando al resto de ellos para el desarrollo del presente trabajo.

Teniendo en cuenta el antecedente indudable de tuberculosis broncopulmonar, tomo a ésta como generadora del cuadro actual por medio de un mecanismo que veremos luego. Previamente puntualizaremos algunos aspectos de un diagnóstico diferencial grosero y no exhaustivo.

1. La probabilidad de meningoencefalitis tuberculosa concomitante a la pulmonar, no se puede descartar, aunque carecemos de información confirmatoria.

2. La tuberculosis articular, como causa directa del cuadro actual, se descarta, dada la indemnidad de los cartílagos articulares, Rx negativas en todas las articulaciones exploradas (manos, pies), simetría y ausencia de secuestros.

3. La concomitancia de enfer-

medad sistémica a la tuberculosis es poco probable y en este caso no se observa, no existiendo signos que permitan pensar en ella.

4. Todos los trastornos locales se descartan, por la presentación simétrica en los cuatro miembros.

5. Aunque podrían establecerse distintas alternativas de diagnóstico diferencial, las descarto por inconducentes.

6. Concluyo: si hay algún sistema que fue afectado es el Sistema Nervioso Central, y las lesiones residuales son las evidencias de tal afectación.

7. El antecedente de los edemas durante el tratamiento tuberculostático orienta entonces al cómo fue afectado. Paso a su desarrollo.

#### b. Primera hipótesis etiopatogénica

Tal como H. Baruk puntualiza(2): "Pareciera entonces que la existencia de la alergia genera sensibilización, provocando por una parte sobre un animal sensibilizado una descarga tóxica, determinando los fenómenos inflamatorios generales y careciendo del carácter de lesión tuberculosa; por otra toman la forma de una tuberculosis atípica fuertemente inflamatoria, tuberculosis afín electivamente para el cerebro y las meninges".

"Conclusión, hay evidencia sobre el rol de la alergia dentro de la determinación de las meningoencefalitis tuberculosas y esto puede explicarnos los hechos más importantes sobre la patogenia de estos estados".

La afectación del S.N.C. mencionada en los puntos 6 y 7 (v. supra) debe entonces corresponder necesariamente en una primera hipótesis, a esta modalidad reactiva (alérgica), por carecer en el momento actual de signos neurológicos de foco, radiológicos o tomográficos que denoten lesión residual de sustancia en el S. N. C.: en algún momento de la evolución de su tuberculosis broncopulmonar, el cerebro de A. D. experimentó una alteración funcional debida a la reactividad alérgica del tejido cerebral a la toxina tuberculosa circulante.

¿En que consistió esa alteración funcional?

Volvamos a Baruk y su reseña

de la sintomatología observada en los enfermos catatónicos:

1. Negativismo psicomotor.

2. Inercia psicomotriz.

3. Estereotipias

de la conducta: iterativas, ambulatorias caricaturescas.

del movimiento:

rítmicos, rascado, gestos.

estatuarias:

egipcia, almohada.

del lenguaje:

verbigeraciones, telescopaje.

4. Paramimias, manierismos.

5. Impulsiones, coprolalia, letanías, vociferaciones.

6. Catalepsia-Catatonía.

7. Trastornos tróficos.

Salvo el negativismo que se registra en la H. C. proveniente del Hospital Tornú y los trastornos tróficos (de los que hablaremos después), ninguno de los arriba mencionados ha sido registrado en los once años de internación en este Hospital.

Pasamos ahora a los trastornos órgano vegetativos; seguimos a Baruk, en su síntesis(4):

#### Trastornos vasomotores

- palidez terrosa de la cara, el paciente parece muerto; la palidez desaparece súbitamente cuando se recupera.

- Acrocianosis ortostática de miembros inferiores (Claude, Baruk-Lapeyre-Letresor). Estos tienen una blancura impresionante en el decúbito, colorándose de rojo vinoso cuando toman posición vertical.

- Rigidez vascular pletismográfica (Jong).

- Acrocianosis catatónica (Crocq) atonía vascular capilaro-venular (May-Layasin).

- Perturbaciones del índice oscilométrico, presión arterial media.

- Reacciones paradójales a agentes farmacológicos (Carmichael y Jung).

- Modificaciones capilares (Baruk).

- Modificaciones de la amplitud respiratoria.

- Modificaciones de el ECG, aspecto curvilíneo del segmento ST sub y sobreelevación del mismo.

#### Trastornos tróficos

- Pseudo edema de Mauricio Dide.

- Retracciones de la aponeurosis palmar.

• Retracciones consecutivas a la mano catatónica.

• Retracciones cutáneas, atrofas musculares.

En lo referente al pseudoedema de M. Dide, H. Ey dice: "Se trata de una infiltración elástica pardusca o cianótica, que no deja impresión con el dedo (Godet) interesando la superficie dorsal de los pies y más raramente las manos"(9).

En el mismo año en que H. Ey escribe lo anterior, Paul Guiraud dice(10): "Entre los trastornos tróficos locales, se ven las actitudes prolongadas de flexión de los dedos dentro de la mano o la garra cubital en la cual la extensión provoca dolor intolerable con rápido retorno espontáneo a la flexión. Esta posición puede finalizar en la anquilosis con amiotrofia (Cullere)".

Con estas citas estamos en condiciones de conjeturar que en el período de su internación en el Hospital Tornú o quizás ya antes, A. D. presentó un síndrome catatónico cuya sintomatología incluyó trastornos vasomotores y tróficos de desusada intensidad. De

estos actualmente quedan las lesiones residuales descriptas. En referencia a la pigmentación del tercio inferior de la pierna, dice Cossio: "La pigmentación pardusca con piel fina y tendencia a las ulceraciones del tercio inferior de la pierna y sobre todo en región maleolar y cara interna de la tibia es característica de trastornos venosos crónicos (flebetasias, várices o procesos flebíticos o flebotrombóticos". Podemos decir entonces, que aparece esta pigmentación en distintas etiopatogenias como signo de trastorno trófico permanente o residual irreversible. Para nuestro caso causado en su momento por alteraciones vasomotoras sostenidas a las que pueden agregarse con seguridad disproteinemias y avitaminosis concomitantes al proceso TBC padecido.

El temblor tuvo un componente de origen extrapiramidal de etiología neuroléptica sobreañadida a la anterior. Esto se confirmó en uno de los tantos períodos de abandono de los hospitales por parte del Estado, cuando la inte-

rrupción por carencia de medicamentos de los 3 mg de butirofeno-na que se le administraban (medicación ritual), lo hizo desaparecer.

### c. Segunda hipótesis etiopatogénica

Cabría ahora comentar las alternativas del síndrome catatónico, intercurrente a la tuberculosis pulmonar, *desvinculado de alguna acción directa de la toxina tuberculosa sobre el SNC*.

Esta segunda hipótesis alternativa se presenta como modo de expresar otra posibilidad de enfermar del individuo. En tal sentido en sus conclusiones sobre la fisiología de los trastornos psicomotores Baruk dice(5):

"1. La patología mental nos muestra la disociación del factor psíquico del factor motor del movimiento. La catatonía y la catalepsia representan un alcance electivo del factor psíquico, es decir de la puesta en marcha, del *primun movens*, de la voluntad, del querer moverse, con conservación destacada de la ejecución de los automatismos del movimiento".

"2. Los síndromes psicomotores no dependen de mecanismos localizados arquitectónicos sino de la actividad cerebral total, *se trata de un factor difuso actuando de ese modo sobre la personalidad*".

"3. Este factor difuso, para alcanzar a las funciones volitivas, *debe actuar de una manera poco profunda, superficial*, sobre el SNC, como lo hacen ciertos tóxicos, actuando sobre esferas elevadas de síntesis mental y psicomotriz, de una manera moderada; de lo contrario el psiquismo es sobrepasado, y la acción tóxica -actuando en su recorrido sobre los mecanismos arquitectónicos- impide realizar por sí misma síndromes de localización orgánica".

"4. Los trastornos psicomotores y psíquicos, dependen luego de *acciones difusas* de intensidad moderada, tóxicas o humorales, actuando superficialmente sobre el cerebro pero sin entrar en la profundidad de sus mecanismos arquitectónicos (inhibición funcional difusa)".

"5. En tal sentido la psiquiatría es menos cerebral que biológica y en lugar de establecer teorías rela-

# PAIDOS

L. Ricón

Problemas del campo de la Salud Mental

R. Rodulfo (comp.)

Trastornos narcisistas no psicóticos

J. D. Guy

La vida personal del psicoterapeuta

H. Gardner

Inteligencias múltiples

L. Vigotsky

Pensamiento y lenguaje

L. Barraquer Bordas

El sistema nervioso como un todo

Vera Campo

Estudios clínicos con el Rorschach en niños, adolescentes y adultos

O. Kernberg

Relaciones amorosas. Normalidad y patología

H. J. Fiorini

El psiquismo creador

tivas al ataque de centros cerebrales con liberación de centros inferiores (teoría de Jackson), o querer explicar los fenómenos psicopatológicos por regresión a un estado de desarrollo anterior o inferior (Teoría de Monakow y Mourgue), es preferible en la catatonía y los trastornos psicomotores, concebir la enfermedad como el pasaje funcional transitorio o (más durable) de la síntesis voluntaria a las manifestaciones más automáticas bajo el efecto de un tóxico".

En la extensa cita es posible advertir que Baruk transita de un factor difuso a un factor tóxico actuante en forma superficial sobre el cerebro, y cuando habla de forma superficial debe entenderse como de poca intensidad y sobre la totalidad del SNC, registrando *el pasaje funcional transitorio del SNC a un modo automático no dirigido en oposición a un modo adaptado, dirigido, que corresponde al funcionamiento habitual y que queda suspendido. ¿Porqué este deslizamiento y a qué quiere aludir con "factor difuso"? No lo dice claramente, pues reduce el problema a su causalidad, y para él no puede ser otra que física tóxica: ..."la catatonía experimental aportó nuevos datos sobre el problema de la voluntad, mostrando cómo las voliciones mismas son sensibles a ciertos tóxicos y que el alma misma puede ser tocada por causas físicas que pueden entorpecer y modificar sus reacciones"*(5). Inevitable conclusión de un modo de análisis científico natural de alguien que porta una creencia dualista alma-cerebro.

*Pero sin forzar demasiado los conceptos podemos leer también que, las reacciones del alma pueden ser entorpecidas y modificadas, con lo cual entramos en el nivel de análisis de las modalidades de respuesta de la organización del ser en el mundo, "en tal sentido la psiquiatría es menos cerebral que biológica general"*.

No comparto la acción del factor difuso sobre la "personalidad", o las "esferas elevadas de la síntesis mental y psicomotriz" por carecer las mismas de existencia en la realidad, perteneciendo como tales al conjunto de ideas instrumentales para la explicación de

los hechos. Aunque, obviamente, acepto como hecho la acción sobre el cerebro y las consecuencias descritas por el autor y en esta línea de pensamiento se incluye lo que sigue.

Para encontrar fundamentos de la segunda hipótesis en A. D. debo abandonar la temática de las respuestas y centrar el desarrollo del tema en el factor difuso causal. Es cierto que como tal alude a lo difuso de la acción del tóxico, *pero quiero entender también al factor difuso que actuaría como el tóxico.*

Recordemos en relación a este factor difuso causal de la inmovilización (catalepsia), a León Chertok(3), quien realiza una exhaustiva investigación de la hipnosis animal, proponiendo una hipótesis *que enfatiza la relación con el medio como factor interviniente esencial.* Dice: "En nuestra definición queremos poner el acento en la interacción del animal con el mundo exterior. Es la alteración de las relaciones del animal con su medio la que provoca la inmovilidad". Y más adelante agrega: "En todos los casos, *un ser vivo necesita una corriente de intercambios con el mundo exterior, y si esta corriente es interrumpida o alterada, el ser en cuestión reacciona adoptando una actitud regresiva*".

A la pregunta de si en el caso que nos ocupa, la inmovilización inicial (catalepsia) fue generada por una alteración de la corriente de intercambios con su mundo (factor difuso), o por la inhibición cortical tóxica a través de la tuberculosis broncopulmonar (factor tóxico), no hay posibilidad de encontrar respuesta confirmable, aunque sí conjetural.

Sin embargo, esta imposibilidad de respuesta nos muestra quizás algún indicio: ella se genera en la hipomnesia de A. D. y en la ausencia sostenida de persona alguna que se haya relacionado o se relacione con ella. Hace tiempo que A. D. no existe para el mundo exterior al Hospital. ¿Fue el consumo excesivo de alcohol el que no sólo alteró primero su ser biológico, sino también su ser social? ¿o esta alteración de la interacción con su medio fue primero y luego se incorporó el alcohol? No lo sabemos, pero no podemos ignorar como retazos de historia vi-

vida que A. D., sin tregua, dio vida a 5 hijos, que ello ocurrió probablemente en condiciones sociales de pobreza, que tuvo que trabajar al mismo tiempo para mantenerse y mantenerlos, que esto constituyó como conocemos un estrés psicofísico, y aun en el desconocimiento de situaciones interpersonales más o menos dramáticas o alegres, no es de extrañar que se haya agotado.

¿Cuánto agotamiento es necesario para alterar la interacción de un ser con su medio?

¿Cuánto agotamiento es necesario para disminuir las posibilidades de respuesta inmunológica a la infección tuberculosa?

La ciencia aún no mide la modificación de la interacción por el agotamiento. Debe ser por ello que no tiene importancia para ninguna acción preventiva en salud.

Pero también es cierto que hay una gran facilidad para enmascarar el agotamiento con alcohol; una propuesta facilitada desde todos los medios y por todos los medios.

Esta ausencia de relaciones, se extiende al Juez, quien oportunamente, en un gesto vacío de contenido humano (salvo lo humano que resulte el gesto burocrático), designa como curador a alguien que hace años se desentendió de esta función (renunció) y para quien aún no encontró sustituto.

¿Pudieron estas ausencias, constituir en su momento elementos generadores del factor difuso?

¿Estas son las consecuencias, residuos sociales de su catatonía, o son éstos los residuos catatónicos sociales?

Para la *primera pregunta*, la respuesta se abre en otros interrogantes: si la interacción actual es la descrita, ¿cómo puede imaginarse algo distinto sin quedar registro alguno durante todo el tiempo de internación de once años?

Si las vinculaciones estaban vigentes en el momento de enfermar, ¿cómo pudieron desaparecer con ella?

Es conocido, por la experiencia hospitalaria, que las vinculaciones van abandonándose en la evolución demencial de ciertos padecimientos, en el transcurso de años, pero queda siempre el



testimonio de alguna visita, dirección, teléfono o correspondencia. No es éste el caso. Desde su llegada al Hospital en 1983, nadie dio señales de conocerla, con lo que puede aceptarse que antes de que el Juez decidiera su internación en el manicomio por primera vez, sus vínculos se habrían disuelto con lo cual es posible imaginar la vigencia de un factor difuso o cambio en las relaciones con su medio incidiendo decisivamente en la génesis de la inhibición cortical e inmovilización posterior (catalepsia-catatonía).

Para la *segunda pregunta* es oportuno ahora no dejar de mencionar el aspecto asistencial (emergente de una estructura asistencial vigente desde el poder del Estado).

Si se recorre la H. C. perteneciente a A. D. se verifican testimonialmente a través del registro gráfico, varios hechos:

1. El diagnóstico equivocado de sus posiciones viciosas de las extremidades, reiteradas veces.

2. La ausencia de registro de las posiciones viciosas de los dedos de los pies y de las lesiones en piel del tercio inferior de las piernas hasta la realización del presente.

3. La intervención anárquica de sucesivos profesionales, desvinculados entre sí, que no realizan ningún aporte sustancial al registro de la patografía del paciente (este modo asistencial que se critica en otro lugar(12) aquí se confirma).

4. La pérdida del cobro de su pensión, que en su momento le fuera otorgada, por traspapelarse el carnet que le fuera entregado el 26/11/85 en cajones de enfermería el 26/5/86, (Esta modalidad de violencia, se discrimina en otro trabajo(11)), para recuperar recién el cobro el 10/10/91.

5. La entrega de dicho carnet al curador en fecha 26/5/86. La falta de noticias hasta julio de 1991 del dinero de la pensión.

6. Si se recorre el Pabellón Charcot advertimos residuos de lo que en su momento fue el lugar de internación de mejor "nivel" del Hospital. Tanto el mobiliario, parte de la época fundacional (1895), parte de épocas más recientes (1950-60), como las instalaciones sanitarias, cañerías y de-

sagües, muestran signos inequívocos de abandono\*.

Estos, como otros tan frecuentes en estas HC y los ya mencionados del hábitat asistencial, configuran los testimonios de cómo la Estructura Asistencial abandonada por el Estado (inhibición del Estado por factores que actúan difusamente), repite sus automatismos funcionales sin dirección ni sentido, automatismo asistencial ciego, tan ciego y desprovisto de sentido como los automatismos, estereotipias, e interacciones catatónicas de los pacientes que dice asistir(13).

Estos testimonios de actos asistenciales, son equivalentes para nuestro análisis a las lesiones residuales del proceso catatónico sufrido por A. D. por ser en los dos casos signos, y como tales no denotan sensaciones, pensamientos o teorías acerca de algo, sino que despojados de cualquier especulación están allí a la vista para quien quiera verlos.

Son las posiciones atípicas de los dedos, la pigmentación ocre vinosa de las piernas, las uñas en vidrio de reloj, el temblor, la amimia, la ausencia de registro, las equivocaciones diagnósticas, la sucesión multitudinaria anárquica y desvinculada de profesionales intervinientes, el extravío del carnet jubilatorio, la devolución posterior al curador, la pérdida de la recepción del dinero, la falta de fundamento de ningún "tratamiento" (salvo en el recibido por su TBC, los psicofármacos varían en función del profesional de turno).

Volviendo a las preguntas, de estas reflexiones queda claro que ninguna de ellas se excluye; es probable que la ausencia de relaciones, o sea la modificación de las relaciones con el medio, haya actuado como factor difuso de inhibición cortical y que en el ámbito asistencial se repita el mismo tipo de modo relacional. Éste, al repetirse -hecho por demás comprobado en la interacción hospitalaria que habitualmente confirma al individuo que padece una enfermedad men-

tal en el lugar de exclusión- genera testimonios inevitables en los registros de las HC, como se comprueba en la de A. D.

Así se configuran los residuos catatónicos sociales, donde es fácil advertir que la *instancia inhibida desde el "sano" es la posibilidad de la identidad para el sujeto*. Dejar de ser la que era A. D.: la hija, la madre, la pareja, la amiga, la vecina, con quien se intima, se comparte y se tejen las historias de vida, sustento esencial de la identidad. Estos "Hospitales" ofrecen otros significantes para su conversión de identidad: la tuberculosa, la loca, la muda, la borracha, la de la HC°, la enferma, la de la cama X, la del Pabellón..., la catatónica, la de los dedos, etc., con quien nadie hace ninguna historia.

## II. Segundo nivel de análisis: lo institucional-asistencial

Ahora con una sintética exposición intentaré encuadrar mejor el análisis del 2° nivel.

La palabra residuo, alude también a la teoría de la acción que en la primera década del presente siglo Vilfredo Pareto(10) pone en boga. Esta teoría que marca junto a otras la transformación del organicismo positivista y voluntarista en la sociología(9), destaca dos elementos conceptuales con lo que elabora lo sustancial de la misma: *las derivaciones* (elementos variables con que se discriminan y explican los actos) y los *residuos*, rasgos repetidos de la acción efectuada.

Estos últimos no podrían presentar para el caso una mejor homología, pues para éste tanto unos como otros (los biológicos y los sociales, de la teoría mencionada) se encuentran en el presente testimoniando su configuración (la repetición de procesos).

Configuración en lo social de lo irracional, y en lo biológico de automatismos fuera de control.

En su compleja exposición V. Pareto, se refiere a los residuos y sus distintas clases y éstos aparecen por inferencia de procesos sociales, tienen la vigencia conceptual que la teoría de la acción les otorga cuando intenta aprehender a la repetición sentimental que se incluye en las acciones, de-

\* Durante el año 1995, y después de concluido este trabajo, la Fundación Dr. Becerra de Meneses, recicló la totalidad de los sanitarios del Pabellón Charcot, financiando los gastos.

terminándolas, configurándolas, estructurándolas dejando entender la procedencia en la repetición de los actos.

En esta exposición he recorrido inductivamente el camino desde los hechos a los actos incluidos en los procesos, en los dos niveles de análisis ya mencionados, clínico-psiquiátrico y asistencial-institucional, aludiendo en el primero a la estructura neurobiológica que en su función (disfunción) los genera, y en el segundo a la estructura asistencial que en su función (disfunción) los procura en su cotidiana praxis. En el presente, residuo, alude a hechos consecutivos a los actos de los cuales quedan testimonios gráficos: HC, tratamiento, hábitat asistencial y hechos biológicos, procesos consecutivos de los cuales quedan testimonios semiológicos: signos.

Entonces desde estos dos niveles de análisis, cabe esta homología, *que muestra que cuando las funciones no se cumplen desde niveles de integración superior o de mayor complejidad, funciones subordinadas desarrollan su actividad por inercia en automatismo incoercible.*

Este automatismo disfraza con movimiento o con inmovilidad lo que falta en actos.

Pues siempre los movimientos (si es que son necesarios) quedan incluidos en los actos cuando éstos son vigentes, pero también se perpetúan (los movimientos), en ausencia de éstos, diríamos de cuerpo presente. Este "como si" asistencial ya revelado en otro lugar(13), vuelve a reiterarse en el presente(11). Esto lo testimonia la mendicidad de A. D. en Plaza Constitución, quien lejos de abandonarse a sus residuos los

instrumenta exhibiéndolos en su beneficio monetario.

Y es en esta interacción justamente donde alienta todavía la vida del sujeto; esta identidad de mendiga configurada donde desde la que pide en un acto libre y el que da la limosna, se establece nuevamente el vínculo, transitorio es cierto, pero del sujeto. Sujeto emergente, que sintomáticamente expresa la patología de la estructura social que lo hace posible, y por tal motivo debe ser ocultado.

Ocultar la expresión del malestar, tapar aquello que ofende a la moralina que recubre cada vez menos la ferocidad de una estructura canibal. ¿Y por qué no ocurre esto en el medio asistencial? por la sencilla razón de que A. D. no pide nada y si pide algo es lo que la asistencia no le da, dándole, imponiéndole (juez, policía) un simulacro de tratamiento, un confinamiento contra su voluntad, una obligatoriedad de convivencia con personas que no ha elegido, un cuidado abandonico y anónimo, carente de identidad, para disfrazar la hipocresía de excluir lo molesto, lo feo, lo enfermo, lo inútil, en una sociedad fascinada por consumir a grandes bocados en una gula insaciable lo lindo, lo útil, lo estimulante, olvidada hace tiempo de la bondad y la verdad que no pueden consumirse... felizmente.

No sería de extrañar que en poco tiempo logre fugar, luego de gastar sus ahorros en el kiosco del Hospital que la "cura".

De esta actividad mendicante de A. D. encontramos semejanzas elocuentes, en el ininterrumpido plañir de los colegas burócratas y

sus compañeros sindicalistas (en este punto se debería coincidir con V. Pareto en la frecuencia de residuos de Tipo 1 en dicho grupo humano), cuando intentan justificarse en su ineficacia, verbalizando un seudointerés por la obsoleta estructura hospitalaria, ante los funcionarios que incesantemente desfilan por los lugares de poder político burocrático.

Siempre se reduce todo a la falta de presupuesto. Esto es cierto, también es cierto que cuando éste no era tan exiguo la disfunción asistencial estaba vigente, con el agravante del aumento de dicha disfunción.

Pero si bien la actitud mendicante los une en la instrumentalidad de los residuos, la obligatoriedad de la condición de A. D. (internada contra su voluntad) los separa, confiriendo rasgos de salud a la paciente que no se advierten en los arriba mencionados. Cabría entonces recién ahora profundizar en el análisis de los "factores tóxicos o difusos" que inhiben la complejidad inherente a la direccionalidad de la función asistencial del Estado, instrumentando las estructuras y en este sentido como organismo vivo configurándolas para su función. Creo que excede el tema del presente, y lo desarrollo en otro lugar(9). Concluyo en la creencia de haber discriminado con claridad, no sólo el diagnóstico de las lesiones de A. D., sino también de lo que podemos llamar lesiones residuales de procesos de inhibición de la dirección de las estructuras asistenciales. En ambos casos, residuos catatónicos ■

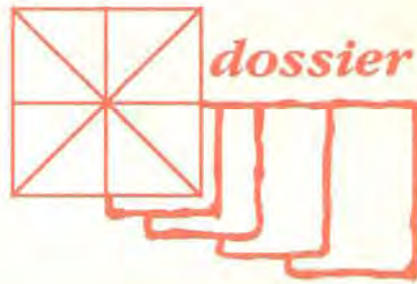
Invierno de 1991

#### Referencias bibliográficas

1. Barraquer, Bordas L., *Neurología Fundamental*. Ed. Toray, Barcelona, 1963.
2. Baruk, H., *Traité de Psychiatrie*. Ed. Masson, París, 1959.
3. Brion, A. y Ey H., *Psiquiatría animal*. Ed. Siglo XXI, México, 1968.
4. Cossio, P. y otros, *Semiología Médica*. El Ateneo, Buenos Aires, 1955
5. Ernst, K., *Psicología médica*. Labor, Buenos Aires, 1957.
6. Ey, H., *Enciclopedia Médico Chirurgical. Formes cliniques et problèmes nosographiques*. *Schizophrenie*, 37823 A10, 1955.
7. Ey, H., *Enciclopedia Médico Chirurgical. Description clinique de la forme typique*. *Schizophrenie*, 37282 A20, 1955.
8. Guiraud, P., *Psiquiatrie Clinique*. Lib. Le François, París, 1956
9. Martindale, D., *La Teoría Sociológica*, Ed. Aguilar, Buenos Aires, 1968.
10. Pareto, V., *Forma y equilibrio sociales*. Alianza Edit. Madrid, 1980.
11. Reggiani, H., Los procedimientos perversos en el manicomio. Trabajo presentado en el *Ateneo Clínico del Hospital "B. Moyano"*, junio 1989.
12. Reggiani, H., ¿La desaparición del manicomio? Trabajo presentado en las *1as Jornadas de Salud Mental, Hospital "B. Moyano"*, mayo 1988.
13. Reggiani, H., *Catalepsia asistencial*. (inédito), 1990.
14. Reggiani, H., La interacción como instrumento terapéutico. Trabajo presentado en las *1as Jornadas de Salud Mental, Hospital "B. Moyano"*, mayo 1988.



Heriberto Zorrilla  
*"La paciente inocencia"*  
Técnica mixta  
1 m x 1 m



## Esquizofrenias. Tratamiento a largo plazo

**L**os avances en la psicofarmacología de las esquizofrenias han generado la aparición de una nueva clínica del período posterior a las etapas agudas con una mayor preocupación por los trastornos deficitarios, y de su diagnóstico diferencial con otros fenómenos que pueden aparecer simultáneamente. Todo ello se combina con un interés creciente de las administraciones estatales por disminuir los costos de la hospitalización prolongada e incluso suprimirla.

Curiosamente, como ha sido señalado por diversos autores, parece presentarse así una paradójica convergencia de intereses entre ciertos defensores del movimiento antipsiquiátrico y los responsables políticos sanitarios de los planes de ajuste económico. Sin embargo, es sabido que en otras latitudes el resultado de la desinstitucionalización por razones meramente presupuestarias o ideológicas no benefició a los pacientes. Nos encontramos así ante un panorama complejo, erizado de verdades a medias, en el cual hay que diseñar una síntesis equilibrada entre la desaparición del hospicio, el remodelamiento de unidades hospitalarias para el tratamiento de la etapa aguda de la enfermedad, la creación de instancias intermedias semiambulatorias y ambulatorias de seguimiento, la protección social de las personas en las que subsista un déficit conductual y las maniobras de máxima reinserción laboral, habitacional y socio familiar de todos los pacientes. Una problemática tan compleja requiere para su resolución de la participación activa

de los técnicos, de las administraciones y de los pacientes y sus familias. Muchos pensarán que tal cosa es utópica en nuestro país. Quizás desde su óptica particular tengan razón. Pero la utopía puede pensarse también como lo que es, un objetivo para aunar voluntades y no un sinónimo de imposible. En su entrevista H. Meltzer dice: "Esto va a requerir que identifiquemos el trabajo o la buena calidad de vida como objetivos terapéuticos importantes para seguir presionando al sistema completo, ya sea a la industria farmacéutica como a las autoridades de Salud Mental de la Argentina y de otros países para que realmente den los recursos necesarios"... "y tengámoslo claro si no lo hacemos nunca ocurrirá".

Como se dijo antes, la psicofarmacología ha abierto rutas de insospechada utilidad para el tratamiento de las esquizofrenias. Pero también tropezó con fenómenos indeseables como costo de sus beneficios. Éste es el tema del presente Dossier, que se centra especialmente en los aspectos medicamentosos y fisiopatológicos de la enfermedad. Pero su lectura no debe hacer olvidar que aun los más conspicuos farmacólogos no se cansan de recordar la necesidad del abordaje psicoterapéutico y socioterapéutico concomitantes para obtener un resultado eficaz. La comprensión de la psicosis, esa condición humana, no se agota en el nivel biológico del fenómeno y en todo momento es imprescindible respetar en el paciente que siga siendo, según la bella expresión de G. Swain "sujeto de su locura" ■

J. C. S.



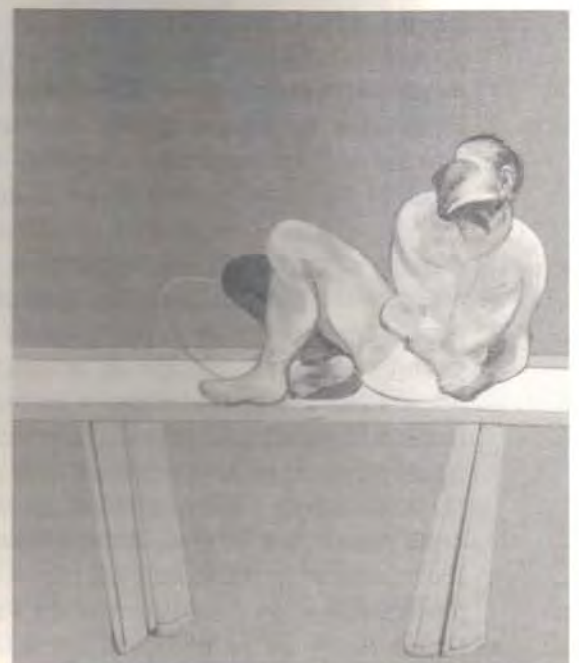
**Gabriela Silvia Jufe**

Médica especialista en Psiquiatría. Hosp. Municipal. "T. de Alvear". Jefa de Trabajos Prácticos, 1era Cátedra de Farmacología, Fac. de Med. UBA.

**Juan Carlos Stagnaro**

Médico Psiquiatra (UBA). Hosp. Municipal. "J. T. Borda". Jefe de Trabajos Prácticos, Depto de Salud Mental, Fac. de Med. UBA.

*El tratamiento  
a largo plazo de las*  
**PSICOSIS  
ESQUIZOFRENICAS**  
ASPECTOS PSICOFARMACOLOGICOS



## Introducción

La pluralidad de factores hipotéticamente intervinientes en la génesis y desarrollo de las psicosis esquizofrénicas impone simétricamente una variedad de abordajes terapéuticos sucesivos y/o concomitantes. No existe por lo tanto consenso alrededor de un esquema de tratamiento único para este fenómeno. No obstante una revisión de las medidas terapéuticas necesarias puede agruparse en tres vertientes ya clásicas: las psicoterapias; las técnicas institucionales, las terapias familiares y las socioterapias con la concomitante búsqueda de readaptación social y los tratamientos biológicos. En las últimas décadas estos últimos se han centrado en forma predominantemente prioritaria en las curas sobre la base de neurolépticos(16) los que a su vez han contribuido profundamente a permitir y reforzar los otros medios de tratamiento.

Esta tres dimensiones terapéuticas, nunca es excesivo repetirlo, no deben ser simplemente yuxtapuestas sino que deben articularse en una estructura singular adaptada a cada caso y a cada momento evolutivo(33).

Hecha esta salvedad nos centraremos en este artículo en los aspectos farmacológicos en juego sin olvidar lo arriba señalado.

La variedad de formas clínicas, de ofertas terapéuticas y de recursos socioeconómicos y familiares, todos ellos inextricablemente implicados, determina un *continuum* de formas evolutivas de las esquizofrenias que abarca desde los casos con compromiso modesto

de la autonomía, acceso posible a las psicoterapias individuales con baja neuroleptización de mantenimiento, buena adaptación sociofamiliar y escaso potencial de recaída y hospitalización, hasta las formas graves con progresivo deterioro y evoluciones peyorativas que algunos cifran en un 30%. Este pronóstico a su vez debe matizarse según se tenga en cuenta la suspensión sintomatológica completa o solamente la "curación social". Esta última parece haber progresado de 30% en 1930, a 60% en 1970(4).

La calidad de los tratamientos, obviamente condicionados por razones socioeconómicas y por la oferta de los Servicios de Salud, determina en gran medida el destino de los pacientes esquizofrénicos. Estas variables que operan desde el ámbito social interactúan con los criterios terapéuticos en juego y estos últimos están sujetos a su vez a diversos condicionantes de entre los cuales señalaremos en lo que concierne a la psicofarmacología al menos dos por su importancia:

- El lugar dado a la quimioterapia (insuficiente, adecuado, o excesivo) en el tratamiento de las esquizofrenias, debido a insuficiencias formativas y/o informativas de los profesionales implicados o a posiciones ideológicas de los mismos.

- La carencia de criterios consensuados, de estudios a largo plazo en cohortes de pacientes suficientemente amplias, etc.

Ambas dificultades, han sido reiteradamente señaladas por diversos autores y dieron lugar a intentos de síntesis en reuniones

científicas procurando encontrar una respuesta consensuada a las mismas.

En el presente trabajo se intenta dar cuenta de las conclusiones alcanzadas en los más significativos de entre ellos, habida cuenta de que las dificultades apuntadas constituyen un problema también altamente frecuente en nuestro país. Una revisión como la que presentamos no pretende sugerir la adopción de modelos en forma automática sino proveer información de los criterios recomendados en otras latitudes y servir como herramienta para el desarrollo de investigaciones y evaluaciones adaptadas a nuestro modelo cultural. Esto constituye una urgencia en nuestra práctica y un capítulo insoslayable de nuestra Salud Pública. Los países que han elegido una política radical de desinstitucionalización se aperciben hoy de que no es suficiente negar la esquizofrenia para erradicarla, así como el encierro deteriorante del manicomio tampoco puede sostenerse más.

## I. La perspectiva anglosajona

En abril de 1989 se reunieron en la ciudad de Brujas (Bélgica), expertos provenientes de EE.UU., Austria, Reino Unido, Suecia, la entonces existente República Federal Alemana, y Suiza, para intercambiar la experiencia de cada uno de estos países y debatir acerca de la mejor utilización de los neurolépticos (NL) en la prevención de las recaídas propias de las esquizofrenias (EF). La discusión y las conclusiones han

sido editadas en un libro(17) que, desde ese momento, ha constituido el eje de lo que los anglosajones aconsejan como tratamiento farmacológico a largo plazo para esa enfermedad, a tal punto que es citado profusamente en textos posteriores(35) y en congresos(21). El libro concluye con una guía cuyas principales recomendaciones se comentan a continuación.

#### *Guía para la prevención con neurolépticos de la recaída en las esquizofrenias(17)*

Con la introducción de los NL hace 40 años, se dispuso de medicación que demostró eficacia en la prevención de las recaídas en pacientes EF estabilizados. Sin embargo, el curso de la EF es aún insatisfactorio para una gran proporción de pacientes, ya que se encuentran porcentajes de recaída del 50% en el año posterior al último episodio. Sólo el 16% no recae en un lapso de 5 años. Estos datos pueden reflejar parcialmente la falta de seguridad de los clínicos y de los pacientes acerca del uso óptimo de la medicación NL para el mantenimiento, y esta falta de certeza puede ser un factor importante para explicar porqué sólo el 40-50% de los pacientes para los cuales el tratamiento farmacológico de mantenimiento está indicado, lo llevan a cabo. No existe un consenso explícito sobre las indicaciones clínicas o los regímenes de dosis apropiados para ese tratamiento, tanto a nivel nacional como internacional, pero aquí se resumen las siguientes conclusiones.

#### *Eficacia*

La eficacia de los NL en el tratamiento de mantenimiento de la EF ha sido inequívocamente demostrada en numerosos estudios clínicos controlados. Un resumen de los estudios hechos a un año y controlados contra placebo (Pbo), muestra unas tasas de recaída de aproximadamente el 75% para Pbo y del 15% para NL. Esto representa una eficacia mayor de los NL que de cualquier otro tipo de tratamiento preventivo de las recaídas en la EF.

#### *Indicaciones*

La decisión de comenzar o no un tratamiento profiláctico debe basarse en un análisis de la ecuación riesgo/beneficio para cada paciente. Este análisis debe tener en cuenta consideraciones como los efectos adversos y el riesgo estimado de recaída en ese individuo sin tratamiento farmacológico. Desafortunadamente, no existen predictores confiables de la probabilidad de recaída para cada individuo en particular, aparte de la regla general de que los que tuvieron numerosos episodios previos tienen más posibilidades de sufrir recaídas en el futuro. Sin embargo, esto tiene poca relevancia clínica, dado que los pacientes que sufren su primer episodio no mostraron tener un potencial de recaída substancialmente menor, y la expectativa general es que la mayoría de los EF no tratados con NL van a recaer en pocos años, ya que luego de un episodio psicótico sólo una minoría (probablemente menos del 10%) de los pacientes que no reciben NL van a estar libres de recaídas en los años siguientes. Por lo tanto:

*Como no es posible identificar de antemano a este pequeño grupo, y en vistas a las consecuencias potencialmente devastadoras de las recaídas, el tratamiento NL es probablemente aconsejable para virtualmente todos los paciente que sufren de EF. Posiblemente las únicas excepciones sean:*

- aquellos pacientes para quienes los efectos adversos de la medicación sean más severos que las consecuencias potenciales de las recaídas,
- los individuos con síntomas psicóticos leves, y
- los pacientes cuyo diagnóstico psiquiátrico es cuestionable.

#### *Duración*

El tratamiento de mantenimiento comienza luego de que los síntomas asociados con el episodio EF agudo (generalmente síntomas positivos) mejoraron todo lo que era posible con el tratamiento NL. Las recomendaciones que aquí se darán en cuanto a la duración del tratamiento de mantenimiento se calculan a partir del punto de máxima mejoría sintomática. Sin embargo, los primeros

3 a 6 meses se consideran un período de estabilización, diferenciado de la profilaxis (ver más adelante la dosis que debe utilizarse en el período de estabilización).

#### *1. Pacientes con un Primer Episodio esquiaofrénico:*

Los estudios controlados contra Pbo hechos con pacientes con un primer episodio EF sugieren que estos pacientes, sin tratamiento NL, tienen un riesgo de recaída en el año posterior al episodio que está entre el 40 y el 60%. El seguimiento de estos pacientes durante 2 ó 3 años revela un porcentaje de recaída del 60-90%, y estos valores no difieren mucho de los de los pacientes que tuvieron varios episodios previos. La prevención eficaz de la recaída puede ser particularmente importante en los pacientes con un primer episodio, ya que la disrupción y el deterioro del funcionamiento social que acompañan a las recaídas puede aún ser evitado o postergado.

*Se sugiere que a los pacientes que sufrieron un primer episodio EF se les debe realizar tratamiento NL de mantenimiento durante por lo menos 1-2 años.*

El plazo fue limitado a 2 años porque casi no hay estudios controlados que hayan durado un período de tiempo más prolongado.

#### *2. Pacientes con dos o más episodios:*

De acuerdo con los estudios controlados contra Pbo, estos pacientes, sin tratamiento NL tienen un riesgo de recaída del 75% en el primer año, que puede aumentar hasta el 80-90% en el segundo año. Incluso después de un período de 5 años con tratamiento NL durante el cual hayan estado asintomáticos, el riesgo de recaída es todavía de aproximadamente el 75% luego de suspender el tratamiento. Por lo tanto:

*El grupo coincide en que los pacientes con 2 o más episodios EF deben recibir NL como tratamiento de mantenimiento durante por lo menos 5 años. El tratamiento será de más de 5 años, y quizás por tiempo indefinido, para aquellos pacientes que:*

- tengan antecedentes de intentos de suicidio, o

• *hayan tenido conductas violentas o agresivas.*

El límite de 5 años refleja principalmente que no se han hecho estudios controlados de prevención de las recaídas que hayan durado más tiempo que éste. Sin embargo, pasados los 5 años, como el riesgo de recaída sigue siendo alto, se debe discutir con el paciente y su familia si se debe continuar el tratamiento de mantenimiento, informándolos del riesgo y del beneficio y teniendo en cuenta la severidad de los episodios previos en ese individuo.

#### **Dosis, reducción de la dosis, cambio de medicación oral a preparados de depósito**

El tema de la dosis óptima para el mantenimiento es relevante por dos motivos:

1. Durante el tratamiento profiláctico es importante mantener la dosis en el nivel más bajo posible para minimizar los efectos adversos, en parte porque son molestos, pero también para favorecer el buen cumplimiento y mantener un nivel adecuado de funcionamiento social, y

2. En el tratamiento de mantenimiento es particularmente difícil probar y titular clínicamente la dosis efectiva mínima porque, como se desprende del resultado de varios estudios, si la recaída es subsiguiente a la disminución de la dosis o a la suspensión del tratamiento, puede llegar a tardar 5 a 9 meses en producirse. Esto significa que para determinar la menor dosis posible de mantenimiento para un paciente en particular, el médico tendrá que basarse en la experiencia previa con ese individuo o, si se trata de un primer episodio, guiarse por las dosis que han sido establecidas como viables en estudios controlados con bajas dosis de medicación.

#### **Período de estabilización**

El grupo coincide en que cuando los síntomas psicóticos agudos han mejorado hasta un punto máximo, la dosis del NL no debe ser disminuida abruptamente. A los fines de lograr la estabilización, se debe continuar con la misma dosis durante los 3 a 6 meses siguientes. Para la mayoría

<b>Droga</b>	<b>Dosis efectiva mínima</b>	<b>Intervalo</b>
Haloperidol decanoato	50-60 mg I.M.	cada 4 semanas
Haloperidol oral	2,5 mg	por día

de los pacientes, esta dosis estará entre los 5 y los 15 mg de haloperidol por día o su equivalencia en otros NL. La duración de este período de estabilización depende parcialmente de los efectos adversos que aparezcan y de cuán rápido el paciente vaya a ser dado de alta de su internación. Si por razones administrativas el paciente debe ser externado relativamente pronto, la estrategia más cautelosa sería elegir una dosis de estabilización un poco más alta.

El momento de salida de la internación también puede influir en la decisión de cambiar de medicación oral a formas de depósito. Cuando es posible una internación más larga, el cambio a la forma de depósito se puede hacer mientras el paciente aún está siendo monitoreado de cerca en la institución, pero si es inevitable una externación rápida, el cambio a un preparado de depósito debe ser postergado hasta que el paciente esté estabilizado en la comunidad. Como regla general, es preferible la medicación oral cuando se requiere flexibilidad en la dosificación.

*En las condiciones habituales de tratamiento, la medicación de depósito generalmente asegura un mejor cumplimiento y, como resultado, una menor tasa de recaídas.*

Sin embargo, para los pacientes que cumplen con el tratamiento y que prefieren la medicación oral, esta vía puede ser apropiada para el tratamiento de mantenimiento, pero persiste el problema de que el incumplimiento puede aparecer a lo largo del tiempo en varios pacientes que al principio eran cumplidores, y eso es habitualmente difícil de predecir. En términos de eficacia para prevenir las recaídas EF, no existen diferencias significativas entre las drogas NL existentes\*.

#### **Período de mantenimiento**

Al finalizar el período de estabilización, los pacientes cuya enfermedad ha permanecido estable pueden ser sometidos a una disminución lenta y con precaución de su dosis de NL (por ej. alrededor de un 20% cada 6 meses o similar). En cada caso, la duración y la rapidez con que se haga esta reducción estarán determinadas a partir de las consecuencias que esa reducción haya tenido para ese paciente en el pasado. La sospecha del grupo es que las dosis mínimas inferiores a las de la Tabla 1 podrían ser inadecuadas para la mayoría de los pacientes\*\*.

Cuando se utiliza medicación de depósito, la disminución puede hacerse inyectando una dosis menor en cada aplicación o utilizando intervalos más largos entre ellas.

Si a pesar del buen cumplimiento aparece una recaída durante el tratamiento de mantenimiento, habitualmente se aconseja aumentar la dosis en forma sustancial y continuar de esa manera hasta que la condición del paciente se haya estabilizado. A partir de ahí se recomendará el ciclo ya descrito. Por otro lado, los pacientes que están en etapa de mantenimiento, frecuentemente presentan exacerbaciones leves de síntomas psicóticos persistentes que tienen relativamente poco efecto en su vida en la comunidad. Estos episodios a menudo responden a ajustes en las dosis de manteni-

\* Con excepción, quizás, de los antipsicóticos atípicos, cuya eficacia en el tratamiento a largo plazo de la EF recién ahora se está estudiando.

\*\* Se mencionan aquí sólo las drogas existentes en la Argentina.



miento del NL o se resuelven relativamente rápido sin cambios en la medicación. A pesar de que cada recaída que aparece durante el tratamiento de mantenimiento debería dar como resultado una reevaluación de la dosis óptima que se debería utilizar para el mantenimiento en ese caso, el médico no debería sacar siempre como conclusión que la recaída fue consecuencia de una dosis demasiado baja, ya que hay múltiples factores psicosociales y biológicos que pueden interactuar y dar como resultado la recaída. Por lo tanto, aumentar la dosis de mantenimiento a continuación de cada recaída llevaría inexorablemente, en los pacientes que han tenido múltiples episodios, a dosis de NL más altas que lo necesario.

#### *Discontinuación de la medicación de mantenimiento*

Si es necesario discontinuar la medicación de mantenimiento, no se lo debe hacer en forma abrupta sino gradual. Durante este proceso puede estar indicado hacer una prueba de tratamiento a bajas dosis (lo que significa a dosis menores que las que se han recomendado aquí), o hacer un tratamiento intermitente. Estas dos alternativas no reemplazan al tratamiento de mantenimiento hecho con dosis standard, y probablemente son ineficaces para la mayoría de los EF, dado que las tasas de recaída reportadas son significativamente mayores, pero pueden estar indicadas como una prueba, como parte del intento de discontinuar la medicación, o para aquellos pacientes que se muestran reticentes a tomar las dosis standard. Los médicos que se embarquen en estas vías alternativas deberán monitorear muy de cerca a sus pacientes, sobre todo para detectar signos tempranos de recaída y ajustar la dosis en consecuencia. También es importante educar al paciente y a su familia en cuanto a la naturaleza y el significado de estos signos tempranos.

#### *Efectos adversos y medicación concomitante*

Como sucede con toda medica-

ción efectiva, los NL tienen una cantidad de efectos adversos, que derivan en parte del amplio rango de actividad farmacológica de varias de estas drogas. Los autores norteamericanos coinciden en que si bien a menudo estos efectos adversos pueden ser reducidos disminuyendo la dosis del NL, esto puede hacerse, siempre y cuando no se llegue por debajo de la dosis profiláctica mínima. Los síntomas extrapiramidales (SEP) también pueden ser reducidos disminuyendo la dosis, cambiando de NL o administrando agentes anticolinérgicos; hay conflicto acerca de si los anticolinérgicos deben ser prescritos profilácticamente a todos los pacientes que reciben NL, particularmente los de "alta potencia", o sólo cuando se desarrollan SEP.

Los médicos deben estar alertas a que los SEP, en pacientes que reciben medicación de mantenimiento, a menudo son difíciles de detectar. Por ej. la acatisia puede ser experimentada como ansiedad o irritabilidad, y la akinesia puede aparecer como una disminución gestual, o de la conversación, o como apatía. Si estos síntomas son prominentes, se puede hacer una prueba con anticolinérgicos.

Los síntomas depresivos que aparecen en el curso de la EF a menudo son vistos como parte de la enfermedad, más que como una consecuencia del tratamiento NL. Si hay una sospecha de que los efectos relacionados con la medicación, particularmente el parkinsonismo, están imitando a los síntomas de la depresión y confundiendo el examen clínico, estaría indicada una prueba de disminución de la dosis o la administración de un anticolinérgico.

Un efecto adverso que causa particular preocupación en el tratamiento de mantenimiento es la disquinesia tardía. Habitualmente se considera que aparece con una latencia de algunos meses o años, y por lo tanto no es fácil incorporarla con comodidad en un análisis de riesgo-beneficio. Sin embargo, un estudio prospectivo de Kane et al. indica que en los primeros años de tratamiento NL, la incidencia de disquinesia tardía está entre el 3 y 4% para cada año, alcanzando una prevalencia

general del 20% para la disquinesia tardía persistente al cabo de 8 años. Afortunadamente, la mayoría de los casos son relativamente leves, pero aproximadamente el 10% puede ser de naturaleza moderada o severa, y un pequeño porcentaje posiblemente irreversible. Habitualmente es apropiado informar al paciente sobre la posibilidad de que ocurra este efecto adverso. Si aparece una disquinesia tardía, se debe medir el posible beneficio de discontinuar la medicación NL contra el aumento del riesgo de recaída.

Las recaídas EF usualmente tienen varias causas. Por lo tanto, un programa eficaz de prevención de las recaídas debe también consistir en una combinación de varias estrategias terapéuticas. Varios estudios han mostrado claramente que la asociación de la prevención con NL combinada con terapia psicosocial es una manera especialmente eficaz de reducir aún más las tasas de recaída.

Hasta aquí los principales contenidos que integran las conclusiones. Pero además, a lo largo de las exposiciones y discusiones se hicieron algunos comentarios que parece interesante rescatar(16).

El Dr. Kissling (República Federal Alemana) se pregunta por qué tantos pacientes sufren recaídas EF a pesar de que existe una terapia preventiva altamente eficiente, y opina que esto no se debe a una sola causa, sugiriendo que la razón principal es el importante incumplimiento del tratamiento por parte del paciente. Dice que sólo el 40-50% de los EF para los que está indicada la terapia de mantenimiento la realizan realmente, y que el incumplimiento es aún mayor (75%) en los pacientes que han tenido un solo episodio. Además de los factores relacionados con la enfermedad, él atribuye este alto incumplimiento al hecho de que los pacientes no están bien informados acerca de su enfermedad. A su juicio, el otro factor responsable de que tantos pacientes EF no realicen tratamiento preventivo de las recaídas es que los médicos lo indican infrecuentemente o por períodos de tiempo insuficientes, además de que cada profesional hace recomendaciones diferentes y a menudo contradictorias, lo

que da como resultado una gran confusión.

Los Dres. Barnes y Hirsch (Reino Unido) opinan acerca de los NL de depósito, atribuyéndoles las siguientes ventajas:

- solucionan, al menos parcialmente (y menos de lo esperado), los problemas de incumplimiento,
- evitan los problemas de biodisponibilidad que puedan aparecer con la administración oral,
- reducen el riesgo de sobredosis (accidental o intencional),
- aseguran un contacto regular con el profesional (al menos para el momento de la aplicación).

Comentan además que en los estudios comparativos que se hicieron entre las distintas drogas de depósito disponibles no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la prevención de las recaídas.

El Dr. Wistedt (Suecia) introduce el concepto de la "luna de miel": luego de la suspensión de un NL van a disminuir algunos efectos adversos, pero los efectos antipsicóticos positivos de la medicación pueden tardar varias semanas e incluso meses en desaparecer, y esto puede causar la impresión de que la medicación ya no es necesaria. A menudo, el individuo siente que aumentó su eficacia mental y su grado de conciencia\* lo cual, combinado con los efectos adversos más obvios, puede generar la sensación de que la medicación ya no se necesita más, y va a disminuir la motivación del paciente para cumplir con el tratamiento o recomenzarlo una vez que la recaída sea un hecho.

El Dr. Winstedt también sugiere una *Guía Para el retiro de NL*:

- La reducción gradual disminuye el riesgo de síntomas de abstinencia y de disquinesia emergente por privación.
- Se debe retirar primero la droga con vida media más corta.
- El psiquiatra debe mantener un contacto estrecho con el paciente y, en lo posible, con sus familiares.
- A los pacientes a los que se les retiró un NL oral hay que con-

trolarlos durante por lo menos 6 meses; a los que se les suspendió uno de depósito, durante por lo menos un año.

Otro aporte interesante es el que hace el Dr. Tegeler (República Federal Alemana) al hablar de los NL de depósito y el cumplimiento por parte del paciente. Él dice que el incumplimiento de los pacientes que toman medicación oral es del 40-50%, que con los NL de depósito este porcentaje disminuye a un 10-20%, y que una de las ventajas de este tipo de administración es que el equipo tratante se entera inmediatamente de la falta de cumplimiento, ya que el paciente no acude a aplicarse su inyección.

Continuando con el tema del cumplimiento, Kane (EE.UU.) opina que el incumplimiento puede ser un problema sobre todo luego de la recuperación del primer episodio EF, ya que en esa fase de la enfermedad el paciente y la familia pueden aún no haber aceptado o apreciado plenamente la naturaleza del trastorno y la necesidad de un tratamiento continuado, particularmente si la recuperación de ese primer episodio fue casi completa.

Revisando la bibliografía anglosajona posterior a 1989 (fecha de la reunión en Brujas), se encuentra que los conceptos ya expuestos no se han modificado, excepto por los cambios que introduce el uso difundido de antipsicóticos atípicos. Se mencionan a continuación los datos más salientes encontrados en tres de los principales y más recientes textos estadounidenses de Psiquiatría y Psicofarmacología en relación a este tema.

Csemansky y Newcomer(12), dicen que en el caso del tratamiento farmacológico agudo de la EF, los objetivos están bastante bien definidos en la literatura, pero que para los tratamientos farmacológicos de mantenimiento están menos delineados, y proponen tres objetivos apropiados:

1. prevención de la recaída,
2. mejoramiento de la calidad de vida (incluyendo el tratamiento de los síntomas negativos), y
3. minimización de los efectos adversos crónicos.

Con respecto al punto 1., también recomiendan el uso de la

menor dosis posible de droga, y hacen referencia a varios estudios realizados a tal fin, concluyendo que una dosis adecuada serían 50 mg de haloperidol decanoato cada 4 semanas. Advierten además de que los intentos por reducir las dosis a la menor cantidad posible pueden conducir a la reaparición de los síntomas psicóticos en algunos pacientes, y que, por lo tanto, habrá que prestar una atención muy cuidadosa a los signos y síntomas prodrómicos de recaída.

También se cuestionan acerca de si el tratamiento debe ser constante o intermitente, llegando a la conclusión, de acuerdo con los estudios controlados que se han realizado, que los tratamientos intermitentes generalmente han demostrado mayores tasas de recaída o rehospitalización, dosis totales de NL menores durante el período de estudio, una menor incidencia de efectos adversos, y ninguna o sólo una modesta ventaja en cuanto a otras mediciones de la psicopatología y el funcionamiento social. Además, existe la preocupación de que las interrupciones repetidas del tratamiento NL podrían estar asociadas con un riesgo mayor de una forma persistente de disquinesia tardía. Hacen mención también a un reporte de que la clozapina ha sido más beneficiosa que el haloperidol tanto en la mejoría a corto plazo como en la prevención de la recaída, lo que sugiere que los antipsicóticos atípicos podrían ser las drogas de elección para el tratamiento de mantenimiento, pero se necesita aún más investigación al respecto. El tema de los antipsicóticos atípicos se relaciona con el segundo objetivo propuesto, ya que son eficaces sobre los síntomas negativos, por lo menos en el paciente en período agudo. Se necesitan más estudios para determinar si tienen una eficacia similar en pacientes ambulatorios, en particular en aquellos que tienen los síntomas negativos más duraderos y primarios (síndrome deficitario). También revisan los estudios acerca de la eficacia de los NL clásicos sobre los síntomas negativos, que sugieren que estas drogas son eficaces, aunque menos que para los síntomas positivos, y que además su eficacia

\* Ver en este mismo artículo "Síndrome deficitario inducido por NL".

sobre los síntomas negativos puede quedar enmascarada por los síntomas parkinsonianos. También se debe recordar que hay pocos datos para determinar si las drogas típicas son eficaces para el tratamiento de los síntomas negativos en ausencia de síntomas positivos.

Black y Andreasen(35) se refieren también al tratamiento de mantenimiento en la EF, puntualizando las principales recomendaciones de Kissling(17). A esto suman una observación hecha por Baldessarini, a partir de una revisión de los estudios realizados en las décadas del 60 y del 70, de que las dosis de mantenimiento en ese momento oscilaban entre los 300 y 600 mg/día de clorpromazina o su equivalente en otros NL, y que en la década del 80 las dosis probablemente adecuadas para la mayoría de los pacientes están entre 50 y 150 mg/día de clorpromazina o sus equivalentes. Su conclusión es que, si bien parece que las altas dosis usadas en el pasado son innecesarias, todavía se debe titular la dosis para cada paciente individual. Con respecto a los tratamientos intermitentes, consideran que llevan a una mayor cantidad de recaídas y rehospitalizaciones que los tratamientos continuos, y no disminuyen el riesgo de disquinesias tardías.

Buckley y Meltzer(25) consideran, con respecto a la dosis que debe ser utilizada para el tratamiento de mantenimiento en la EF, que el tratamiento continuo con dosis moderadas (p. ej. 12,5-25 mg de decanoato de flufenazina cada 2 semanas)\* confiere el mayor beneficio clínico con un nivel aceptable de efectos adversos.

También mencionan estudios que indican que en los pacientes EF estables que son cuidadosamente monitoreados, se puede hacer una sustancial reducción de la medicación (hasta el 90% en uno de los estudios) para llegar a la dosis de mantenimiento. Es interesante la enumeración que hacen de los factores de incumplimiento, que son:

- síntomas psicóticos persistentes (especialmente ideas delirantes persecutorias o de grandeza)

- pobre "insight" y negación de la enfermedad

- descontento con los profesionales tratantes

- SEP agudos

- pobre soporte social

Los autores recomiendan hacer un esfuerzo para remediar estos factores, y tener en cuenta la posibilidad de utilizar medicación de depósito para mejorar el cumplimiento.

Con respecto a la discontinuación del tratamiento, aconsejan tomar en cuenta los factores predictores de buena evolución de esta enfermedad para determinar la posibilidad de cada paciente de poder terminar su tratamiento con NL. Estos factores son:

- sexo femenino

- comienzo tardío

- comienzo agudo con un factor desencadenante claro

- presentación florida

- buen ajuste premórbido

No aconsejan, por los mismos motivos que los otros autores, el tratamiento intermitente, y terminan concluyendo que la decisión de discontinuar el tratamiento debe ser individualizada para cada paciente cuya enfermedad ha permanecido estable con medicación por un período de tiempo prolongado.

El Dr. Schooler(13) hace mención a la eficacia de la risperidona en la prevención de las recaídas de la EF. En general, todo lo expuesto en este artículo está en relación con las ventajas que los antipsicóticos atípicos aportan en el tratamiento a largo plazo de la EF.

## II La perspectiva francesa

La Conferencia de Consenso sobre las Estrategias Terapéuticas a Largo Plazo en las Psicosis Esquizofrénicas (CCETS) realizada en Francia en 1994(11) emitió una serie de conclusiones de gran importancia dada la amplitud y representatividad de las partes consultadas\*\*.

En ese evento se insistió parti-

cularmente en la necesidad de evaluar el resultado de los tratamientos por medio de estudios multidimensionales que incluyan simultáneamente diferentes escalas de evaluación (BPRS, SAPS, SANS, SCI PANSS) y en especial que se asocie a los pacientes y sus familias en la evaluación de la calidad de vida obtenida por todos.

La preocupación por la evaluación no debe limitarse a las terapias medicamentosas, sino que debe realizarse sobre el conjunto de las estrategias terapéuticas en juego\*\*\*.

### 1. Tratamientos farmacológicos

#### a. Tratamiento neuroléptico

Existe coincidencia en afirmar que la precocidad del tratamiento es una ventaja para la persona que sufre una EF, que la interrupción de un tratamiento neuroléptico "satisfactorio" entraña un riesgo de pérdida de eficacia de la cura en caso de recaída y que el mantenimiento de la quimioterapia reduce el riesgo de recaídas y de rehospitalizaciones. Algunos pacientes conservan ese beneficio terapéutico con dosis consideradas farmacológicamente como ineficaces. Para los autores franceses 10 a 15% de EF no presentan recaídas sin NL (la CCETS recomendó estudiar particularmente las características bio-psico-sociales de ese grupo de pacientes para identificar las causas de su menor potencialidad para recaer).

Desde hace mucho tiempo se ha discutido sobre la conveniencia de realizar curas neurolépticas discontinuadas alegando menor incidencia de disquinesias tardías, en función del frecuente carácter fásico de la EF, la imposibilidad de predecir con seguridad una recaída, y la existencia, en caso de que ella ocurriera, de fases prodrómicas capaces de permitir una rápida instalación de los NL. Sin embargo, los estudios de estadísti-

\*\*\* A falta de ensayos de eficacia controlados clásicos, los estudios de cohortes permitirían avanzar, según las conclusiones de la CCETS, algunas hipótesis y deberían realizarse siguiendo protocolos bien definidos.

\* En este caso, la dosis de flufenazina es la única mencionada, por eso se la transcribe a pesar de que en nuestro país no se la comercializa.

\*\* Ver en este mismo Dossier la Entrevista a François Leguill.

### Cuadro I

Para mejorar el cumplimiento el equipo terapéutico debe:

- Instaurar desde el comienzo del tratamiento una relación de confianza duradera,
- escuchar las quejas del paciente, intentar aprehender su sentido latente e intentar por todos los medios reducir los efectos indeseables, en particular los neurológicos, cuando éstos constituyen la queja principal,
- informar al paciente y a sus convivientes sobre la enfermedad, sus síntomas, el valor de su reducción eventualmente incompleta y los signos premonitorios de recaída, el nombre de los medicamentos, el efecto terapéutico esperado y los eventuales efectos indeseables. Los otros medios (no medicamentosos) a disposición para impedir el proceso evolutivo deben ser precisados. El tratamiento debe resultar de un compromiso adecuado entre las necesidades del paciente, su entorno y la potencialidad mórbida de su enfermedad,
- reevaluar periódicamente el proyecto terapéutico y sus objetivos en colaboración con el paciente.

ca descriptiva son coincidentes en sugerir la mayor conveniencia de los tratamientos continuados con NL a las dosis terapéuticas menores posibles para cada caso.

Estas técnicas de tratamiento según los participantes del CCETS, "exponen a menos recaídas, a menos hospitalizaciones, quizás a un riesgo menor de disquinesias tardías y favorecen un mejor cumplimiento del tratamiento, muy probablemente debido a una mejor alianza enfermo-médico". Este criterio de tratamiento continuado es tanto más enfáticamente recomendado cuando se verifiquen uno o más de los fenómenos siguientes: "numerosas recaídas anteriores, importante desinserción social producida por el brote actual o los anteriores, fuertes trastornos de conducta concomitantes, conductas auto o heteroagresivas, necesidad en crisis anteriores de fuertes dosis de NL o largas hospitalizaciones para obtener una reducción sintomática".

El mal cumplimiento del tratamiento (estimado por algunos autores en hasta el 30% de los pacientes ambulatorios) puede obedecer a diversas causas entre las cuales las más habituales son efectos secundarios vivenciados como insoportables, percepción delirante persecutoria del medicamento,

falta de conciencia de enfermedad, "nostalgia" por las fases productivas de la misma, falta de soporte social, complejidad de la prescripción, las recaídas en sí mismas, problemas económicos para la provisión del producto, etc. La CCETS hizo una serie de recomendaciones para mejorar el cumplimiento del tratamiento NL (Cuadro 1).

En cuanto a la alternativa de suspensión de la farmacoterapia NL se considera que ésta puede intentarse:

- luego de dos años de tratamiento en pacientes que presentaron un solo episodio
- luego de cinco años de estabilización en los demás casos y
- en pacientes que no responden a los NL a pesar del cambio de moléculas y dosis\*.

En todos los casos se recomienda la interrupción del tratamiento neuroléptico en forma gradual, por medio de una posología decreciente y en el caso de estar administrándose varias moléculas simultáneamente se indica suspenderlas una luego de otra.

Aunque el Jurado de la CCETS señala que "numerosos argumentos biológicos, farmacológicos,

\* v. *infra* el concepto de esquizofrenia resistente.

farmacocinéticos y clínicos abogan por una especificidad de acción de los NL existentes", no deja de reconocer que su acción es sólo sintomática.

En ese marco se especifica que la práctica clínica en Francia (en oposición a la opinión prevalente en la literatura norteamericana sobre la equivalencia de diferentes NL) "se apoya en la hipótesis de que los NL no son todos equivalentes: algunos son considerados como sedativos, activos sobre la angustia y la excitación, otros son incisivos, desinhibidores, antideficitarios y otro, por fin, mixtos, polivalentes, activos sobre el delirio y las alucinaciones. La acción clínica de esas moléculas es frecuentemente dosis-dependiente y los efectos secundarios indeseables que pueden provocar son igualmente diferentes".

Por otro lado el Jurado considera que solamente la hipótesis dopaminérgica de la EF ha recibido una confirmación en modelos experimentales y en cierta medida en la clínica: las formas productivas estarían ligadas, así, a una hiperdopaminergia y lo inverso ocurriría con las deficitarias. Como consecuencia los NL dopaminérgicos deberían ser prescritos a dosis medias o elevadas en los episodios floridos y a dosis bajas en los deficitarios.

En consecuencia, se concluye que el análisis de las prácticas clínicas en Francia muestra que la asociación de dos (o varios) NL de polaridad distinta, es relativamente frecuente. El Jurado reconoce que si bien se busca con estas asociaciones modificar síntomas muy diferentes y obtener una suerte de efecto de "solapamiento" superponiendo una droga activa en las zonas de inactividad clínica de otra molécula, tales prácticas no están validadas por ningún estudio controlado, recomienda que se hagan y que mientras tanto se justifique y evalúe periódicamente todo uso de NL diferentes en asociación.

Se debe otorgar una gran importancia a los efectos psicosociales en términos de calidad de vida que se obtengan con los NL en virtud de sus efectos secundarios. El Jurado del CCETS fue categórico: "En ningún caso los efectos

secundarios de los NL deben ser considerados como el precio a pagar por su actividad" en el plano clínico.

Las dosis reducidas (mientras sean suficientes, por supuesto) son las que mejor aseguran la calidad de vida de los pacientes. Aun más que la ausencia de NL y los NL a dosis altas. Tales dosis mínimas eficaces deben adaptarse a cada caso en función de un balance entre el efecto sintomático y la tolerancia al tratamiento.

Dos tercios a tres cuartos de los pacientes sufrirán efectos secundarios (psíquicos, neurológicos, vegetativos, endócrinos) de los NL en el curso de sus vidas. Algunos de ellos son muy discretos, molestos sólo al comienzo del tratamiento, pero luego disminuyen por efecto de la tolerancia y con la reducción de las posologías iniciales. La amenorrea, el aumento de peso, la seborrea y sobre todo la sintomatología extrapiramidal y las disquinesias tardías constituyen una pesada carga de estigmatización psicológica y social para quien las sufre e imponen un análisis crítico de la situación de cada paciente, cuando se presentan en el curso de un tratamiento.

La indicación de los Neurolépticos de Acción Prolongada (NAP) o depósito, es posible en todas las formas estabilizadas de EF, cualquiera sea su forma sintomática inicial. Ningún estudio controlado permite actualmente dar preferencia a algún NAP sobre los demás. En general prevalecen las preferencias según los hábitos de prescripción del médico que los indica.

Los argumentos en favor de un NAP en relación a un NL ordinario, según la escuela francesa, son conocidos:

- Menor molestia para la toma del medicamento, y en consecuencia mejor cumplimiento,
- Menores dosis totales administrables,
- Seguridad de continuidad y dosis en pacientes que han abandonado el tratamiento con NL ordinarios,
- Mayor estabilidad en las tasas sanguíneas del medicamento,
- Menor riesgo de ingesta auto-destructiva de los NL ordinarios.

Se ha observado de todas ma-

neras que el acuerdo del paciente no siempre es fácil de obtener.

La administración de un NAP debe estar precedida de la del producto en su presentación ordinaria la cual debe mantenerse hasta que el equilibrio farmacocinético se haya alcanzado. En el curso de un tratamiento con NAP en monoterapia puede ser necesario el agregado de una cierta dosis de la misma molécula *per os*.

Los ansiolíticos, en especial benzodiazepínicos, asociados a los NL pueden contribuir a mejorar la sintomatología de las EF por su acción sobre la ansiedad, la irritabilidad, los trastornos de la atención, la pasividad, la anhedonia y a veces sobre los efectos secundarios de los NL tales como la acatisia y los SEP.

Aunque debe tenerse en cuenta que estos resultados son moderados, y de existir lo hacen con la administración de dosis elevadas no exentas de riesgos iatrogénicos (somnia, disminución de la vigilancia, trastornos cognitivos, dependencia).

En consecuencia, la CCETS recomendó su utilización en forma muy prudente y abstenerse de incluirlas rutinariamente en la "batería" psicofarmacológica de mantenimiento aconsejando su uso sobre todo para la atenuación de la angustia y la agitación durante la fase aguda o en ciertos momentos de la evolución(31).

La CCETS concluyó en referencia al uso de correctores de los efectos secundarios de los NL, que éstos deben ser administrados ante la manifestación de efectos extrapiramidales, (no en forma preventiva sistemáticamente)\* y cuando ya se ha intentado suprimir los efectos indeseables con la simple disminución de la dosis NL. Aconseja no administrarlos por más de 3 ó 4 meses y luego retirarlos progresivamente en 2 a 3 semanas, reinstalándolos si reapa-

\* Aunque ningún dato fiable (edad, sexo, antecedentes, tienen valor relativo) permite predecir la aparición de efectos extrapiramidales, algunos autores sugieren, para prevenir defectos de cumplimiento, su uso desde el comienzo, cuando se reinstala un tratamiento NL ante una recaída de un paciente que ha mostrado anteriormente gran sensibilidad extrapiramidal a los mismos.

recen los trastornos extrapiramidales.

En caso de acatisia aconsejan la siguiente secuencia: disminución de la dosis, cambio de molécula NL, administración de propanolol.

La prescripción sistemática de correctores de los efectos vegetativos (hipotensión) y atropínicos (boca seca, constipación) no está justificada.

La CCETS concluyó que la asociación de ansiolíticos, principalmente benzodiazepinas está particularmente indicada cuando los síntomas de ansiedad y agitación dominan el cuadro en ciertos momentos evolutivos y cuando la sintomatología psicótica propiamente dicha (delirio, agitación, negativismo) se ve agravada reclamando una acción rápida.

#### Los síntomas "depresivos" en el paciente esquizofrénico

#### Algunas consideraciones actuales sobre el diagnóstico EF

Cuando se encara el tratamiento farmacológico de un paciente EF, es frecuente observar que, inmediatamente o un tiempo después de que se atenúan o desaparecen los síntomas floridos (delirios, alucinaciones, etc.), el paciente comienza a mostrarse retraído, indiferente, con problemas en la comunicación con los demás, falta de energía y de iniciativa, etc. A este tipo de cuadro se lo ha denominado genéricamente "abulia postbrote". Es tan habitual escuchar hablar de esta "abulia", que los profesionales suelen incorporarla como una etapa más en la evolución propia de la enfermedad, algo esperable, prácticamente inevitable y que no tiene un tratamiento en particular; un momento difícil que habrá que ayudar a sobrellevar al paciente y a su familia. Sin dejar de lado esta intención terapéutica, considero que es sumamente útil que el profesional se interrogue acerca de la "abulia postbrote": si se trata de una entidad única o si, por el contrario, entran en ese diagnóstico numerosas posibilidades clínicas, con muy distinto tratamiento, evolución y pronóstico, y en las cuales la instalación de la terapéutica

adecuada puede llegar a evitar, al paciente y a los que lo rodean, el tener que transitar por ese camino que no pocas veces conduce al suicidio.

Ya en el año 1920, Mayer-Gross describió pacientes que emergían de la psicosis en un cuadro de "desesperación". Aunque el trastorno ha ido recibiendo distintos nombres, las descripciones que hay de él en la literatura son todas bastante parecidas. El síndrome aparece cuando los pacientes se están recuperando de los síntomas psicóticos flagrantes, y lo más habitual es que se parezca a un cuadro clínico de depresión inhibida, con importante inercia, sentimientos de vacío o ausencia de sentimientos. El paciente está llamativamente pasivo, y sus relaciones interpersonales están consecuentemente alteradas. Puede aparecer ideación suicida, y la duración del cuadro puede variar desde unas semanas hasta más de un año. Algunos autores dudan acerca de si este cuadro aparece luego del episodio psicótico o si ya estaba presente pero enmascarado por los síntomas más floridos.

Como ya hemos dicho, en la actualidad se sabe que son numerosas las causas que pueden estar originando este trastorno, y muchas de ellas tienen posibilidad de ser tratadas.

Vamos a comenzar entonces a desarrollar los orígenes más frecuentes de este tipo de cuadro.

### 1. Trastorno depresivo post-psicótico de la EF

El DSM-IV(1) incluye, dentro del Apéndice B (que abarca los criterios diagnósticos propuestos para futuro estudio) los

*Criterios de investigación para el Trastorno Depresivo Postpsicótico de la EF:*

A. Se encuentran los criterios para diagnosticar un Episodio Depresivo Mayor (EDM). (Nota: debe incluir el criterio A.; humor depresivo, para no incluir síntomas que se puedan deber a efectos adversos de la medicación -ver más adelante- o a síntomas negativos de la EF -ver más adelante-).

B. El EDM se superpone a la EF, y aparece sólo durante su fase residual.

C. El EDM no se debe al efecto fisiológico directo de una sustancia o a una condición médica general.

Se debe remarcar que, como lo indica el Criterio B., el EDM se presenta sólo durante la fase residual de la EF, que es la fase posterior a la fase activa y que se caracteriza por la persistencia de síntomas negativos, o de síntomas de la fase activa atenuados. Justamente, debido a que pueden existir síntomas negativos como parte de la fase residual de la EF es que en el Criterio A. se exige, para el diagnóstico del EDM, la presencia de humor depresivo y no la pérdida de interés o placer (que, como se verá más adelante, puede formar parte del cortejo de los síntomas negativos).

En su forma más típica, el EDM aparece inmediatamente luego de la remisión de la fase activa, pero a veces puede surgir luego de un intervalo de tiempo corto o largo durante el cual no hubo síntomas psicóticos.

Estudiando a los pacientes EF que presentan un Trastorno Depresivo Postpsicótico en comparación con los que no lo presentan, se ha visto que los primeros tienen una mayor tendencia a:

- vivir solos y poseer un menor soporte social,
- tener más hospitalizaciones previas,
- presentar una historia de recaídas psicóticas mientras estaban medicados con NL,
- comenzar sus episodios psicóticos de manera insidiosa, y
- tener episodios previos de depresión e intentos de suicidio.

Hasta un 25% de los EF puede tener alguna vez en la evolución de su enfermedad un Trastorno Depresivo Postpsicótico, y la incidencia es la misma en ambos sexos. El riesgo está aumentado en los esquizofrénicos que tienen familiares en primer grado con historia de Trastorno Depresivo.

La importancia de diagnosticar y tratar este cuadro radica en que el Trastorno Depresivo Postpsicótico de la EF se asocia con ideación suicida, intentos de suicidio y suicidios consumados. Aproximadamente el 10% de los esquizofrénicos mueren por suicidio, y en un estudio se vio que el 57% de los esquizofrénicos que se sui-

cidaron habían tenido un diagnóstico previo de Episodio Depresivo en algún momento de su enfermedad.

### Tratamiento

El tratamiento farmacológico de un Trastorno Depresivo Postpsicótico de la EF generalmente consiste en el agregado de un antidepresivo (AD) al antipsicótico (AP). Con esta medida, no se observa el aumento de las ideas delirantes, las alucinaciones o la desorganización, que sí pueden aparecer cuando se medica a un esquizofrénico sólo con AD. Se han realizado numerosos estudios acerca del uso combinado de AP y AD en el Trastorno Depresivo Postpsicótico de la EF, y las conclusiones más importantes que de ellos pueden extraerse son:

- Los AD parecen ser más efectivos una vez que la fase aguda de la EF está controlada\*.

- Hay poca evidencia de la eficacia de los AD sobre los síntomas negativos de la EF.

- Puede producirse una exacerbación de la psicosis por los AD, pero la probabilidad es baja cuando están asociados a un AP, y muy rara en pacientes que no están en un momento agudo.

Por lo tanto:

- Se debe hacer un buen diagnóstico diferencial antes de determinar que se trata de un Episodio Depresivo Mayor en la EF.

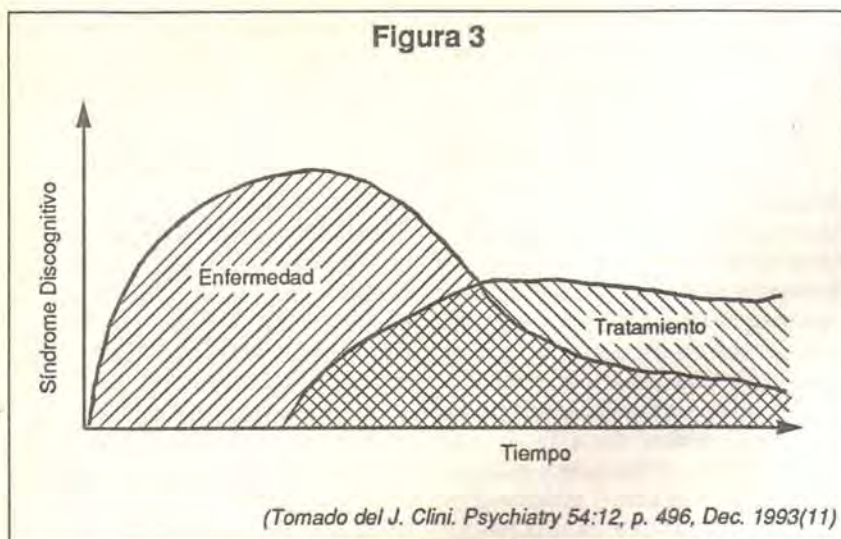
- El psiquiatra debe estar alerta por si ocurre un empeoramiento de los síntomas psicóticos al agregar el AD.

- El tratamiento AD debe realizarse siempre asociado al tratamiento AP.

Si se toma esta decisión terapéutica será necesario tener en

\* La CCETS recomendó la abstención lisa y llana del uso de antidepresivos en la etapa aguda debido a que los imipramínicos, que parecen los más estudiados, no mejoran más los síntomas depresivos que puedan presentarse que los NL administrados aisladamente. También se señaló que la prescripción de AD ante un episodio depresivo aparecido durante los periodos de estabilización está indicada aunque se debe recordar que los síntomas depresivos pueden ser premonitores de una recaída y por ende imponer más la administración de los NL que la instalación de AD.

Figura 3



cuenta las numerosas interacciones que pueden producirse entre estos dos grupos de drogas, ya que algunas de ellas son de gran trascendencia clínica.

## 2. Efectos adversos de la medicación utilizada para el tratamiento de la EF

Este es uno de los diagnósticos diferenciales más importantes que debe hacerse, porque los AP que se estén utilizando pueden estar produciendo signos y síntomas semejantes a los de la depresión y a los síntomas negativos (ver más adelante)(5, 10, 11, 16, 19, 24). Estos son, principalmente:

1. *Sedación*: Este efecto puede ser producido por los AP o por otras drogas que se les estén asociando en el tratamiento de la EF (por ej. benzodiazepinas, bloqueantes H<sub>1</sub>), y su presentación clínica puede asemejar una depresión inhibida. *Tratamiento*: se corrige disminuyendo la dosis, retirando la droga causante (si es posible) o sustituyéndola por otra menos sedante.

2. *Parkinsonismo*: la bradikinesia o la akinesia frecuentes en este cuadro se pueden manifestar como pérdida de espontaneidad en los movimientos, pobreza gestual, disminución de la conversación y apatía. Siris et al.(34) consideran que la akinesia puede llegar a ser una fenocopia de los síntomas negativos. (Además, algunos autores incluyen a la depresión dentro de los síntomas asociados al parkinsonismo)(3). *Tratamiento*: los síntomas parkin-

sonianos mejoran con la disminución de la dosis del NL, o el cambio por otro que produzca menos SEP, o el agregado de medicación correctora, como los anticolinérgicos centrales (trihexifenidilo o biperideno) o la amantadina.

3. *Acatisia*: Este efecto adverso de los NL puede ser confundido con ansiedad o agitación, y a menudo se asocia con disforia, humor depresivo o ideación suicida. El cuadro clínico puede confundirse con una depresión ansiosa. *Tratamiento*: la acatisia, si bien es más difícil de revertir que el parkinsonismo, también puede ser solucionada con una disminución de la dosis o cambio de AP, o con el agregado de medicación correctora (bloqueantes β adrenérgicos, benzodiazepinas, anticolinérgicos centrales, propoxifeno y otros).

4. *Disfunción cognitiva*: Para referirse a este efecto de los NL(23, 29) se ha acuñado el término de "síndrome discognitivo"(23), que se caracteriza por afasia, trastornos del pensamiento, distanciamiento emocional, dificultades para conducir voluntariamente el pensamiento, ambivalencia, privación del pensamiento y disminución de la creatividad. Este trastorno parece ser mucho más frecuente cuando se utilizan NL típicos que atípicos(25). También es interesante la observación de que el trastorno cognitivo producido por la medicación puede reemplazar al propio de la enfermedad, que mejora como consecuencia del tratamiento. En la Figura 3 vemos cómo el trastorno cogniti-

vo propio de la enfermedad puede mejorar con el tratamiento, pero puede ser reemplazado por el trastorno cognitivo provocado por los NL.

A manera de resumen, todos estos efectos adversos producidos por los NL pueden ser englobados en un síndrome consistente en sedación, SEP, y un "chaleco de fuerza" emocional, somático, cognitivo y afectivo, que se ha denominado *Síndrome Deficitario Inducido por Neurolépticos* (SiDIN)(22). La descripción de este síndrome no es nueva, pero está pobremente documentada, y se necesitan aún herramientas para medirlo y discriminarlo, sobre todo, de los síntomas negativos de la EF.

## 3. Síntomas negativos de la EF

El diagnóstico diferencial entre los cuadros ya mencionados y éste puede resultar particularmente difícil de hacer(3, 7, 18, 22, 25, 26, 28, 34), pero el intento vale la pena ya que, nuevamente, el tratamiento farmacológico será distinto. Se está otorgando cada vez más importancia a los síntomas negativos, y la literatura sobre ellos aumentó muchísimo en los últimos años. Hay autores(29) que sugieren que se necesita más investigación acerca del rol que podrían tener los síntomas negativos en trastornos no esquizofrénicos, ya que los datos preliminares sugieren que pueden estar presentes también en el Trastorno Esquizoafectivo y quizás también en la Depresión Psicótica. Nancy Andreasen (2, 41) los clasificó en 5 grupos:

### 1. Afectividad ausente o aplanada

- expresión facial inmodificable,,
- movimientos espontáneos disminuidos,
- expresividad gestual pobre,
- contacto visual pobre,
- falta de respuesta afectiva,
- ausencia de inflexiones vocales.

### 2. Alogia

- pobreza cuantitativa del discurso,
- pobreza del contenido del discurso (discurso vacío de contenido),

- interceptación,
- aumento en la latencia de las respuestas.

### 3. Abulia-apatía

- deficiente aseo e higiene,
- impersistencia en el trabajo o en la escuela,
- inactividad física.

### 4. Anhedonia-falta de sociabilidad

- disminución o falta de intereses recreativos, o de la capacidad de obtener placer a partir de actividades recreativas,
- falta de interés o actividad sexual,
- disminución de la capacidad de sentir intimidad o cercanía con los demás,
- disminución o falta de relación con amigos y pares.

### 5. Trastornos de la atención

- falta de atención en el trabajo,
- falta de atención durante el examen del estado mental,
- quejas subjetivas de falta de atención.

Como se puede observar, hay una amplia superposición entre los síntomas negativos y los depresivos(3, 34). Numerosos autores están estudiando la manera de facilitar el diagnóstico diferencial entre ellos(12), y también con los efectos adversos de los AP (por ejemplo a través de escalas de medición de síntomas), pero por el momento no se han obtenido resultados clínicamente útiles.

### Tratamiento

Afortunadamente, desde hace unos años es posible pensar en un tratamiento farmacológico de los síntomas negativos, utilizando algunos de los AP atípicos que han demostrado tener más eficacia sobre ellos que los NL tradicionales. En nuestro país disponemos de la clozapina y la risperidona. La amisulprida en dosis bajas también puede ser eficaz en EF con sintomatología predominantemente negativa. Además, los AP atípicos producen con menor frecuencia el Síndrome Deficitario Inducido por NL.

### 4. Desmoralización

Este es el término que utiliza el DSM-IV(1) para referirse a la etapa depresiva del paciente esquizofrénico luego de recuperarse del episodio agudo, cuando esta etapa no llega a cumplir con los requisitos diagnósticos para un EDM y el individuo se siente desmoralizado en relación a lo que le ha sucedido. Estos pacientes, que han sobrevivido a una desorganización psíquica muy importante, emergen de ella a veces en un estado intolerable, sintiéndose desesperanzados y abrumados(23, 27). Por otra parte, algunos autores (31) describen una "ansiedad postpsicótica" que, postulan, podría estar generada por la vivencia del episodio psicótico, el cual tomaría *a posteriori* el valor de traumatismo. Existiría además una gran diversidad de factores que podrían incrementar la vivencia traumática de la experiencia de dislocación cognitiva y afectiva de la crisis psicótica. Para estos autores, esta angustia traumática, de perplejidad, podría constituir un pródromo de las depresiones psicóticas, y, de acuerdo al trabajo terapéutico que se realice sobre ella (y a la reacción propia del paciente), el resultado puede ser la recuperación o el pasaje a modalidades evolutivas más durables, como ciertos estados deficitarios o de manifestaciones psicóticas crónicas resistentes a la quimioterapia. *Tratamiento:* es en las circunstancias de desmoralización donde la psicoterapia (individual, grupal y/o familiar), la terapia ocupacional, y otros abordajes que ayuden al paciente a reinsertarse social y laboralmente serán las herramientas más útiles.

La "ansiedad postpsicótica" es un trastorno que puede empeorar con el aumento de la dosis del NL, y mejora con la administración de benzodiazepinas.

### 5. Depresión debida a una condición médica general

A veces los síntomas depresivos se deben a una enfermedad sobreañorada, como podría ser el hipotiroidismo(1). Por supuesto que en estas situaciones el tra-

tamiento será el de la enfermedad de base.

### 6. Trastorno Esquizoafectivo y Trastorno Depresivo Mayor con síntomas psicóticos

En estas dos entidades(1, 28) también pueden presentarse síntomas psicóticos conjuntamente con síntomas depresivos.

### 7. Trastornos del humor inducidos por sustancias

Estas sustancias(1) pueden ser drogas de adicción (alcohol, cocaína, etc.), drogas utilizadas para el tratamiento de alguna patología asociada en ese paciente a la EF (por ej. antihipertensivos), o drogas utilizadas para el tratamiento de la EF (ver punto 2).

### Esquizofrenias resistentes

Ya sea que se utilice la noción genérica de EF resistente, inspirada con Pichot en el modelo de depresión resistente -"conjunto de esquizofrenias cuya evolución no se ve influenciada por las medidas terapéuticas"- o que se individualice cada caso, - lo cual parece más acertado- usando el concepto de esquizofrénico resistente, la existencia de pacientes refractarios a los intentos terapéuticos constituye una innegable realidad clínica.

Sin embargo, se está lejos de poder precisar los alcances de este concepto por varias razones(37):

- Aparte del perfectible DSM-IV no existen instrumentos consensuados sobre la definición de las EF y sus formas clínicas. El ICD 10 avanza un poco en esa dirección sin resolver el problema. La clasificación francesa del INSERM es una simple nomenclatura.

- Los trabajos que han estudiado la evolución de las EF demuestran las dificultades metodológicas que plantea el tema(4, 5).

- Los tratamientos NL se han pautado principalmente para las formas llamadas paranoides y las estrategias ante las formas deficitarias eludiendo frecuentemente pronunciarse sobre el tratamiento de las formas mixtas.

- Hay casos en los que se obser-



**Cuadro II**  
**Criterios de esquizofrenia resistente (Kane (19))**

- Esquizofrenia DSM-III
- En el curso de los últimos cinco años:
  - Ningún período de mejoría
  - Por lo menos tres ensayos de tratamiento neuroléptico: de familia química diferente (de por lo menos 2 de entre ellos), durante seis semanas como mínimo cada uno a una posología  $\geq 1$  gr/día (en equivalente clorpromacina) sin mejoría sintomática observable.

**Cuadro III**  
**Criterios cuantitativos suplementarios para el estudio clozapina**

- Puntaje CGI (Clinical Global Impression)  $\geq 4$
- Puntaje BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)  $\geq 45$
- Puntaje  $\geq 4$  en por lo menos dos de los cuatro ítems siguientes:
  - desorganización conceptual
  - desconfianza
  - comportamiento alucinatorio
  - pensamientos no habituales
- Ensayo de un tratamiento con Haloperidol (60 mg ó +) durante seis semanas sin mejoría (definida por una reducción de 20% en la BPRS + CGI  $\leq 3$  ó BPRS  $\leq 35$ ).

**Cuadro IV**  
**Nivel de respuesta al tratamiento (May y Denker(15))**

Nivel	Respuesta
1.	- Remisión total en una semana cualquiera sea el tratamiento
2.	- Respuesta al tratamiento antipsicótico en menos de un mes - Remisión clínica que permite un retorno a la situación social anterior.
3.	- Buena respuesta al tratamiento antipsicótico en menos de un mes pero persistencia de signos residuales - Remisión social que permite un retorno a la situación anterior, aunque con menos posibilidad de estudiar y trabajar.
4.	- Mejoría lenta e incompleta (no hay remisión clínica) - Necesidad de un programa de rehabilitación luego de un largo período de hospitalización - Posibilidad de salir del hospital pero a condición de que existan medidas de sostén y rehabilitación si deben vivir en sociedad (remisión social parcial).
5.	- Sin remisión clínica ni social a pesar de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamientos antipsicóticos administrados en dosis suficientes durante seis meses (o cuando el tratamiento debió ser interrumpido a causa de efectos secundarios).</li> <li>• Tratamientos no medicamentosos y programas de rehabilitación.</li> </ul> - La severidad de los síntomas residuales impone el mantenimiento en el hospital o en otro institucional.
6.	- Ausencia total de respuesta después de seis meses de tratamiento hospitalario. - Permanencia necesaria en el hospital.

va una resistencia a los tratamientos desde el comienzo(14) -10 a 20%- a veces con un "derrumbe" de ominosas consecuencias deficitarias en breve lapso y otras con lo que se ha llamado resistencias secundarias -25%- luego de obtener beneficio con el tratamiento en los primeros episodios de la enfermedad(10).

A pesar de estas dificultades se ha intentado avanzar en una caracterización para permitir la investigación clínica y terapéutica.

Los criterios de EF resistente actualmente en vigor, propuestos por diversos autores, son resumidos por J-M Vanelle e I. Amalric(37) y reproducidos en los cuadros II, III, IV y V.

Vanelle (37, 38, 40) por su lado propone considerar a una EF resistente cuando el paciente está obligado a permanecer hospitalizado debido a un nivel de patología severa o muy severa (nivel 5 ó 6 de beneficio terapéutico apreciado a través de la CGI), lo cual puede ser expresión de:

- "Una resistencia global sindrómica la cual no excluye la variación de ciertos síntomas";
- "Una resistencia 'sectorizada' sintomática, en la cual ciertos síntomas invalidantes, tales como alucinaciones o manifestaciones ansiosas, independientemente de una cierta evolutividad del proceso no se benefician con el tratamiento administrado(8)".

El mismo autor propone un algoritmo para ilustrar una posible estrategia terapéutica(38, 39), como vemos en el Cuadro VI.

Antes de concluir en el diagnóstico de EF resistente es necesaria una cuidadosa evaluación previa.

Se deben descartar las resistencias farmacológicas aparentes que en realidad se deben a bajo cumplimiento, a la tolerancia al tratamiento, a las condiciones de vida tales como las que se desprenden de la conflictiva familiar (familias de alta implicación afectiva) y de las condiciones socioeconómicas y otros estresores sociales. Los criterios señalados por Kane (Cuadro I) deben ser cuidadosamente evaluados y en el caso de no contar con datos anamnésticos confiables se debe postergar el diagnóstico de EF resistente hasta haber intentado la

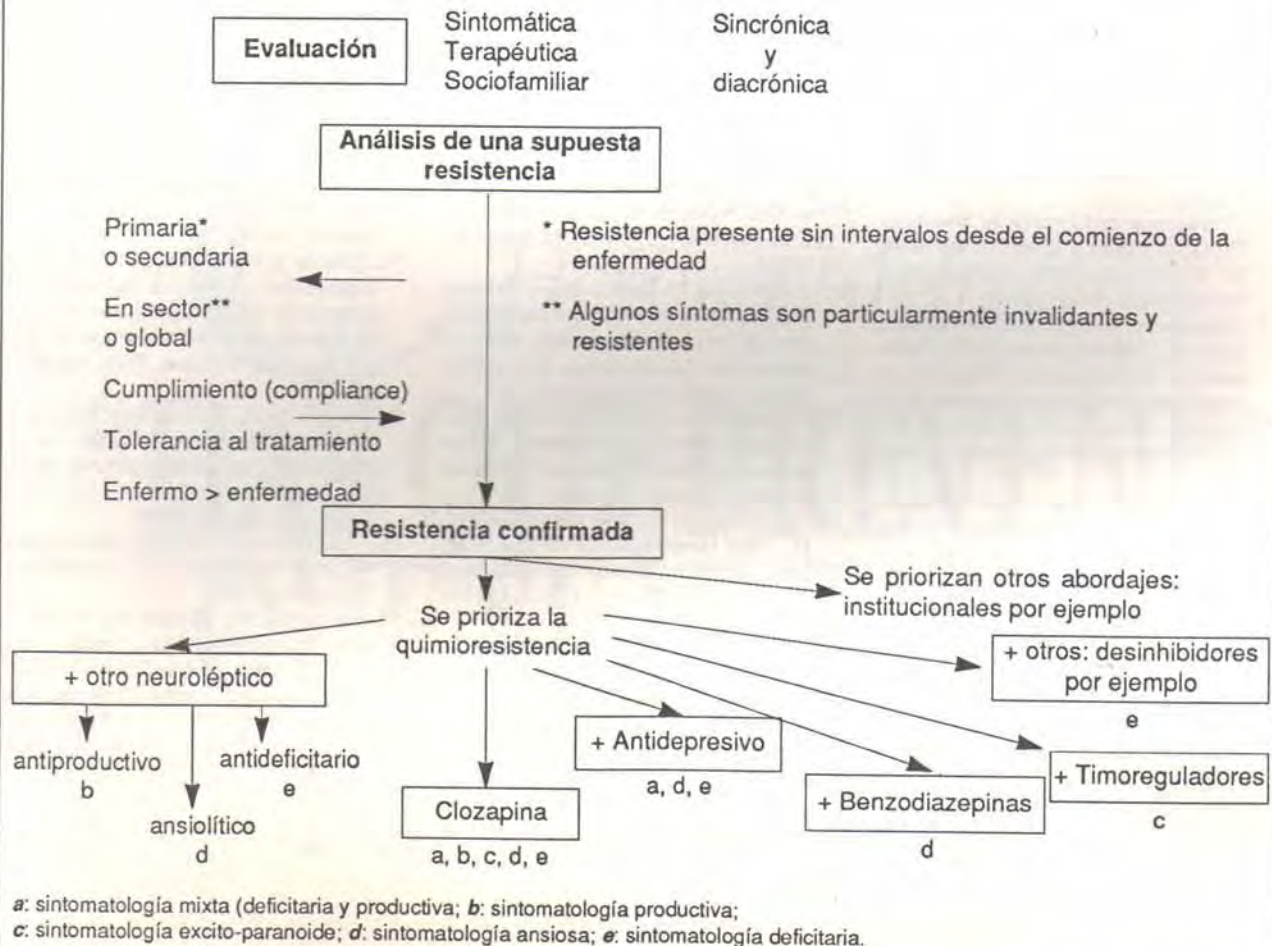
**Cuadro V**  
**Escala de respuesta terapéutica y de resistencia en la esquizofrenia (Brenner, Denker y col.(6))**

- Nivel 1: remisión clínica
  - anhedonia y otros síntomas residuales posibles;
  - pero CGI: normal y BPRS: todos los ítems  $\leq 2$
- Nivel 2: remisión parcial
  - BPRS: ningún ítem  $\geq 3$
- Nivel 3: resistencia leve
  - CGI =3
  - BPRS: no más de un ítem  $\geq 4$
- Nivel 4: resistencia moderada
  - CGI=4
  - BPRS: 2 ítems a 4 + puntaje global  $\geq 45$
- Nivel 5: resistencia severa
  - CGI: 5
  - BPRS: 1 ítem a 5 o por lo menos 3 a 4 + puntaje global  $\geq 50$
- Nivel 6: "refractario"
  - CGI =6
  - BPRS: por lo menos 1 ítem a 6 o 2  $\geq 5$  + puntaje global  $\geq 50$
- Nivel 7: severamente refractario
  - CGI =7
  - BPRS: por lo menos 1 ítem a 7 y todos los otros por lo menos a 5.

secuencia terapéutica seguida por ese autor.

En el algoritmo propuesto por Vanelle (Cuadro V) se puede apreciar la compleja intrincación de factores capaces de determinar estos fenómenos evolutivos de la EF a través de la variedad de presentaciones clínicas de la sintomatología y la diversidad de recursos terapéuticos utilizados para paliarla. Estos van desde la serie de moléculas propuestas, si lo que se prioriza es la quimioresistencia, hasta el cambio de institución o de equipo tratante, cuando se priorizan otras razones de orden interpersonal o institucional como causantes de resistencia al tratamiento: un signo evidente de la subjetividad del paciente y del equipo articulados en una trama de insospechada complejidad con los factores biológicos sobre los que actúan los fármacos ■

**Cuadro VI**  
**(adaptado de (40))**



## Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association, "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders", Fourth Edition; American Psychiatric Association, Washington DC, 1994.
- Andreasen, N. C., "Negative symptoms in schizophrenia: Definition and reliability". *Arch. Gen. Psychiat.*; 39:784-788, 1982.
- Barnes, Thomas R. E., Liddle, Peter F., Curson, David A., and Patel, Meena: "Negative Symptoms, Tardive Diskinesia and Depression in Chronic Schizophrenia"; *British Journal of Psychiatry* (1989), 155 (suppl. 7), 99-103.
- Berner P., Evolution et pronostic des schizophrénies. *Encycl. Méd. Chir.* (Paris-France) *Psychiatrie*, 1982: 31982: 7285 A-10.
- Bourgeois M., Etchepare J. J., Degellh B. et coll., L'évolution des schizophrénies. Problèmes méthodologiques et revue de la littérature. *Ann. Med. Psychol.* 1987; 145:608-620.
- Brenner H., Denker S. J., Goldstein M. et al., Defining treatment refractoriness in schizophrenia. *Schizophrenia Bull.* 1990; 16:551-61.
- Carpenter, William T. Jr., MD., "The negative symptom challenge"; *Arch. Gen. Psychiat.*, vol. 49, march 1992, 236-237.
- Chadda, R. and Jain, B., "Depression and Negative symptoms in Schizophrenia"; *Am. J. Psychiatry*, 146:8, p. 1083; August 1989.
- Ciraulo, D., Shader, R., Greenblatt, D., and Creelman, W., *Drug Interactions in Psychiatry*; Williams and Wilkins, 1989.
- Clozapine. The atypical antipsychotic. *B. J. Psychiatry*, 1992; 160 (suppl. 17): 66p.
- Conference de Consensus: Stratégies Thérapeutiques a Long Terme dans les Psychoses Schizophréniques. UNAFAM/FFP, Paris, 1994
- Csemansky, John G. and Newcomer, John G., "Maintenance Drug Treatment for Schizophrenia"; *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*, edited by Floyd Bloom and David Kupfer. Raven Press, Ud., New York, 1995.
- Current Concepts in Schizophrenia: International Symposia Report New Standards for Assessment and Treatment, Part II: Treatment Issues and Broadening Options; *J. Clin. Psychiatry* 56:6, June 1995, p. 269-279.
- Davis J. M., Schaffer C. B., Killian G. A., Kinard C., Chan C., Important issues in the drug treatment of schizophrenia. *Schizophre. Bull.*, 1980; 6:70-87.
- Dencker S. J., Kulhanek F., *Treatment resistance in schizophrenia*. Braunschweig/Wiesbaden: Vieweg, 1988: 83-97.
- Guelfi, J. D., Boyer, P., Consoli, S., Olivier-Martin, R., *Psychiatrie*. PUF, Paris, 1987.
- Guidelines for Neuroleptic Relapse Prevention in Schizophrenia, (edited by W. Kissling); Springer-Verlag Berlin Heidelberg 1991.
- Hyman, S. E. and Jenicke, M., "Manual of Clinical Problems in Psychiatry". Little, Brown and Company, 1990.
- Kane J. M., Honigfeld G., Singer J., Meltzer H., Clozapine for the treatment resistant schizophrenic: a double-blind comparison with chlorpromazine. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1988; 45:789-796.
- Kane J., Safferman A., Pollack S., Johns C., Szymanski, D., Knig, M. and Lieberman J., "Clozapine, Negative Symptoms, and Extrapyramidal Side Effects"; *J. Clin. Psychiatry* 1994; 55 (9, suppl B) 74-77.
- Kissling, W.: "Relapse Prevention: Duration of Drug Therapy. Abstract of the XIXth Collegium Internationale Neuro-psychopharmacologicum Congress, Washington D.C., June 27-July 1, 1994.
- Lader, Malcolm H., "Neuroleptic-induced Deficit Syndrome (NIDS)"; *J. Clin. Psychiatry*, 54:12, 493-500, December 1993.
- Lázaro, M., Cominán, A., González Monclús, E., "Hipótesis etiopatogénicas de la depresión postpsicótica"; *Rev. Psiquiatría, Fac. Med. Barcelona*, 16, 2, 95-102 (1989).
- Lee M., Thompson P., and Meltzer, H., "Effects of Clozapine on Cognitive Function in Schizophrenia"; *J. Clin. Psychiatry*, 1994; 55 (9, suppl B): 82-87.
- Lewine, R., "A Discriminant Validity Study of Negative Symptoms with a Special Focus on Depression and Antipsychotic Medication". *Am. J. Psychiatry*, 1990; 147:1463-1466.
- Lindenmayer J. and Stanley R., "Depression, Affect and Negative Symptoms in Schizophrenia"; *British Journal of Psychiatry* (1989), 155
- Mc Glashan, T., and Carpenter, W. Jr., "An Investigation of the Post-psychotic Depressive Syndrome"; *Am. J. Psychiatry* 133:1, 14-19; January 1976.
- Plasky, P., "Antidepressant usage in Schizophrenia"; *Schizophrenia Bulletin*, vol 17, N° 4, 649-657; 1991.
- Pogue-Geile, M. and Harrow, M., "Negative symptoms in Schizophrenia: Their Longitudinal Course and Prognostic Importance"; *Schizophrenia Bulletin*, vol 13, N° 3, 427-438; 1985.
- Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*, edited by Floyd E. Bloom and David J. Kupfer. Raven Press, Ltd., New York, 1995.
- Reza, M. y Tremblay L., "Estados ansiosos asociados durante la mejoría de episodios psicóticos agudos"; *Veter. Rev. arg. de Psiquiat.* 1994, Vol V, 106-120.
- Rifkin, A., Quinlan, F. and Klein, D., "Akinesia: a poorly recognized drug-induced extrapyramidal behavioral disorder"; *Arch. Gen. Psychiat.*; 32, 672-674, 1975.
- Singer, I., Patti, M., Damious, J. M., *Traitement de la schizophrénie: chimiothérapie*. *Encycl. Méd. Chir.*, Paris, France, 1988.
- Sitz, S., Aden, F., Cohen, M., Mandel, J., Amason, A., Casey, E., "Post-psychotic Depression and Negative Symptoms: an investigation of Syndromal Overlap"; *Am. J. Psychiatry* 1990; 147:1330-1337.
- Textbook of Psychiatry*, Second Edition, (edited by R. E. Hales, S. C. Yudofsky and J. A. Talbot); American Psychiatric Press, Inc., 1994.
- The American Psychiatric Press Textbook of Psychopharmacology*, (edited by Alan F. Schatzberg and Charles B. Nemeroff); American Psychiatric Press, Inc., 1995.
- Vanelle J.-M. y Amalric I., Schizophrénies résistantes. Editions techniques. *Encycl. Méd. Chir. (Paris-France) Psychiatrie*, 1994; 37-295-E-30.
- Vanelle J.-M., Amalric I., Brochier T., Olié J. P., Léo H., *Concept de schizophrénie résistante. Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française. 90<sup>e</sup> Session*. St. Erienne, 1992; Masson, Paris, 1992: 342-347.
- Vanelle J.-M., Brochier T., *Les schizophrénies résistantes. Rapport d'assistance et de thérapeutique. Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française*. Toulouse, Paris, Masson, 1994.
- Vanelle J.-M., *Notion de schizophrénie résistante. en Schizophrénies résistantes: bilan et perspectives 1995. L'Encephale*. Vol XXI, Numero Spécial III. Juin 1995:10.
- Winokur and Clayton, *The Medical Basis of Psychiatry*; W. B. Saunders Company, 1994.
- Wirshing, W., Marder, S., Van Putten, T., and Ames, D., "Acute Treatment of Schizophrenia"; *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*, edited by Floyd Bloom and David Kupfer. Raven Press, Ltd., New York 1995.



*Entrevista a  
Herbert Meltzer*

**“HAY QUE PREVENIR  
QUE SE VUELVAN  
PSICOTICOS”**

Por Sergio Apfelbaum y Sergio Strejilevich

**I**nterlocutor indispensable en la investigación del tratamiento psicofarmacológico de las esquizofrenias, Herbert Meltzer ocupa también un lugar central entre los autores anglosajones que postulan diversas aproximaciones a una teoría actual sobre la fisiopatología de esa enfermedad. Las respuestas que dio a Vertex alimentan polémicas de máxima actualidad y prometen prolongarse en nuevos capítulos de esta suerte de apasionante relato "por entregas" que constituye la gestión intelectual de este relevante investigador norteamericano.

**Vertex:** ¿Cuál modelo teórico de esquizofrenia maneja usted hoy en día? ¿La considera una enfermedad adquirida, un trastorno del desarrollo, cree que es un trastorno anatómico o básicamente bioquímico? Por otra parte, ¿qué opina usted de la propuesta de Timothy Crow acerca de un Continuum nosográfico entre los trastornos afectivos y los esquizofrénicos?

**Herbert Meltzer:** Probablemente no haya una sola lesión, una explicación bioquímica o del desarrollo únicas para dar cuenta del amplio espectro de subtipos que se encuentran en la esquizofrenia, pero también pienso que ya sabemos bastante como para hablar de regiones del cerebro y neurotransmisores específicos que están involucrados, y tener alguna idea sobre el momento temporal en el que las lesiones expresadas como déficits empiezan a emerger, y la relación que existe entre todo ello y los trastornos del humor. Yo empezaría a intentar contestar su pregunta desde su referencia al *continuum*, porque de hecho, antes de que Tim Crow hablara de ellos yo presenté en los años sesenta mi trabajo sobre anomalías neuromusculares en pacientes psicóticos. Encontré una serie completa de anomalías similares en los músculos esqueléticos y las neuronas motoras subterminales de esquizofrénicos, psicóticos bipolares y psicóticos deprimidos unipolares convirtiéndome así en un pionero de la hipótesis del *continuum* de la psicosis, en la cual todavía tiendo a creer.

En un artículo que acabo de publicar sobre este tema, hicimos un análisis matemático de las imágenes de la estructura cerebral en pacientes esquizofrénicos y pacientes con trastornos del humor, encontrando agrandamiento ventricular y ensanchamiento del sulcus prefrontal que indican algún proceso patológico significativo en los lóbulos frontales, tanto en los esquizofrénicos como en los pacientes deprimidos unipolares. Esto se agrega a las anomalías neuromusculares que mencioné antes y a algunos otros déficits que parecen ser comunes, como es el caso de los cambios patológicos que Helmut Beckman describió en el hipocampo. Él lo describió originariamente en esquizofrénicos, pero luego describió exactamente el mismo hallazgo en pacientes bipolares. Creemos que es una alteración en el desarrollo del S.N.C. Hay muy poca literatura que realmente compare ambos tipos de trastornos, pero creo que hay razón para pensar en un déficit biológico nuclear que puede llevar a la psicosis y que hay muchos factores que determinan si la psicosis será primariamente periódica, caracterizada por

trastornos del humor, o si será más como la esquizofrenia. Y esta diferencia bien podría hallarse en los disturbios cognitivos, que pienso son las características nucleares de la esquizofrenia.

Por otra parte Ud. me preguntó si la enfermedad es primariamente estructural o bioquímica y cuándo empieza. Por ahora no sabemos mucho acerca de ello. Hay algún tipo de anomalía del neurodesarrollo prenatal que no se expresa muy evidentemente hasta el período preadolescente, cuando la psicosis empieza a emerger. Pero estudios recientes en Inglaterra, estudios prospectivos, muestran que a los 7, 11 ó 15 años de edad hay déficits cognitivo-conductuales en gente que será posteriormente esquizofrénica. Yo pienso que el hallazgo de que el deterioro está presente en la esquizofrenia desde el primer episodio en adelante, es una evidencia muy importante que sugiere que hay un proceso biológico que comienza probablemente en la adolescencia, antes de que la psicosis emerja realmente, y que produce cambios estructurales y funcionales en el cerebro. Los factores de estrés y el medio ambiente son aditivos con los déficits biológicos heredados, así que, realmente, no es uno o lo otro. Ahora bien, para algunas personas que están muy deterioradas desde la infancia, sería posible postular un disturbio predominantemente estructural; pero, me pregunto acerca de esos pacientes que funcionan perfectamente bien -incluso de una manera "super-normal" - previamente a la psicosis, y luego muestran deterioro, ¿qué es lo que les sucedió?

**Vertex:** Terry Goldberg plantea el problema en términos de entender a la esquizofrenia como una demencia progresiva o una encefalopatía estática...

**Meltzer:** La evidencia es muy clara en relación a que para la mayoría de los pacientes es estática, por lo menos cuando hablamos de deterioro cognitivo, pero hay un subgrupo de pacientes con los cuales obviamente Kraepelin había quedado muy impresionado a los cuales Kenneth Davis llama "Esquizofrénicos Kraepelinianos", que muestran deterioro crónico progresivo. Cuando se trata de neurotransmisión continuo creyendo que la 5HT y la Dopamina juegan un rol clave, pero están íntimamente ligadas con el Glutamato, el Gaba y probablemente con la Acetilcolina y la Noradrenalina. Es muy difícil decir dónde está la lesión primaria porque las neuronas gabaérgicas están controladas por la Serotonina, las dopaminérgicas están a su vez reguladas por el Gaba y la Glutamina, etc. Se está así ante una red muy compleja y no tiene mucho sentido decir dónde empieza. Lo que se necesita saber es cuál es la vía final común y cómo podemos corregirlo.

Agradecemos la traducción del inglés y las sugerencias del Dr. Eduardo Leiderman

**Vertex:** *¿Cómo se posiciona usted ante la polémica desarrollada en torno a la definición, la clínica y el tratamiento de los síntomas negativos en la esquizofrenia?*

**Meltzer:** Los síntomas negativos son obviamente terriblemente importantes. No pienso que hay mucho desacuerdo sobre su definición: abulia, anhedonia, falta de espontaneidad, retracción y falta de energía; en esto podemos coincidir todos. Es difícil para algunos clínicos identificarlos, distinguirlos del síndrome depresivo y de los efectos adversos de los neurolépticos. Los síntomas negativos son un síndrome verdaderamente separado, en el sentido de que en análisis factoriales pueden distinguirse de los síntomas positivos (delirios, alucinaciones y desorganización), y pueden ser una carga terrible para los pacientes y sus familias. Nuestros tratamientos son relativamente inefectivos para ellos comparados con los que tenemos para los síntomas positivos y de desorganización. En cambio, no pienso más en ellos como lo hace Carpenter: como la esencia de la enfermedad, lo que él considera el estado deficitario. Por mi parte, considero al disturbo cognitivo de la esquizofrenia, como la esencia de la enfermedad, y eso es más resistente al tratamiento incluso que los síntomas negativos. En nuestras manos, por lo menos, la Clozapina ha sido parcialmente efectiva en ambos; vimos también algunos beneficios con la Risperidona, pero son estudios preliminares. Nos preguntamos por ejemplo, si la Risperidona será capaz de mejorar los resultados del *Wisconsin Card Sorting Test* (WCST)<sup>1</sup>. Ciertamente necesitamos más trabajo, y tanto nosotros como otros estamos abocados a este tema.

**Vertex:** *¿Podría ampliar este dato acerca de algún nivel de mejoría en los resultados en el WCST con Risperidona?*

**Meltzer:** Hemos hallado que la Clozapina es muy efectiva para mejorar la memoria semántica y la fluencia verbal medidas por el Test de control oral de asociación de palabras (*Controlled Oral Word Association Test*) y el Test de generación de Instancias Categóricas (*Category Instance Generation Test*). También la hallamos útil en el recuerdo inmediato y retardado y en la sustitución simbólica de dígitos que es una mixtura de atención y, según algunos creen, velocidad motriz. Comprobamos también que mejora el score a las 6 semanas, 6 meses y 12 meses en un test de función ejecutiva: el *WISC-R Maze Test*. No vimos que la Clozapina fuese efectiva con el WCST, tanto en el número de categorías como en el porcentaje de perseveraciones. Por otra parte en un grupo muy pequeño –creo que testeamos sólo 15 sujetos– en el que los resultados en el WCST fueron mejorados por la Risperidona, y los otros tests mostraron poca mejoría. Creo que el WCST examina una función que la gente necesita tener conservada para ser capaz de trabajar y organizar sus vidas,

1. N. de la R. El WCST es un test que si bien presenta mucha inespecificidad en cuanto a la función que evalúa, resulta particularmente complicado de realizar para los pacientes con esquizofrenia. A grandes rasgos puede decirse que evalúa funciones ejecutivas del lóbulo frontal. Por ejemplo, en un estudio realizado por Weinberger, en el que se realizaban mediciones por SPECT durante la ejecución de este test, los pacientes esquizofrénicos "iluminaron" significativamente menos las áreas frontales que los sujetos normales control.

y si la Risperidona puede realmente ayudar en eso, produciría una gran ventaja. ¿A qué se debe este efecto? La Risperidona no es, probablemente, un antagonista D<sub>1</sub> como la Clozapina. Estudios recientes muestran que los receptores D<sub>1</sub> deben ser estimulados para que la *Working Memory* sea efectiva. Entonces, la capacidad de la Clozapina de bloquear los receptores D<sub>1</sub> interferiría en la *working memory* y la Risperidona no lo haría. Esto muestra la complejidad del problema.

El hecho de que la mejoría de la cognición predice mejoría en el trabajo y la vida más que la mejoría de la psicopatología, sugiere que la cognición está en el corazón de las cosas. Hemos hallado que la mejoría cognitiva predice la capacidad en la función laboral. Nunca entendí bien porqué años atrás vi pacientes que tenían alucinaciones y otros defectos conductuales y sin embargo estaban trabajando y tenían bastante éxito, y otro tipo de pacientes que no estaban alucinando más o teniendo delirios, estaban esencialmente discapacitados por su enfermedad. Hoy creo que la explicación es que el primer grupo presenta menos deterioro cognitivo. Esto da una idea del proceso de la enfermedad. Al azar afecta distintas partes del cerebro y da diferentes síntomas, dependiendo de cuál es la parte afectada, como en la esclerosis múltiple en la cual puede haber placas en cualquier región del cerebro en forma aleatoria, provocando déficits motores en algunos sujetos, y en otros déficits en el habla, etc. Lo mismo podría estar pasando en la esquizofrenia; se puede pensar en un proceso neurodegenerativo en "parches" que interfiere con las funciones cognitivas. Quizás la psicosis y los síntomas negativos sean secundarios al deterioro cognitivo.

**Vertex:** *¿Cuál cree que será el papel de estos test neuropsicológicos en el propio diagnóstico de esquizofrenia?*

**Meltzer:** Esto podría indicar la utilidad de hacer *screenings* basales de los déficits cognitivos que tiene un paciente. Si tiene un déficit cognitivo grande en la evaluación del WCST, quizás la Risperidona es la mejor droga; si no lo tiene allí y tiene otros déficits, en memoria semántica o de recordación, entonces la Clozapina sería superior. Pienso que para las compañías farmacéuticas esto debería ser un cambio mayor en el foco de sus objetivos, para que se pase de tratar de aliviar aspectos fenoménicos como son los síntomas positivos o negativos a intentar mejorar la cognición. Esto abre un número de cuestiones fascinantes, porque lleva la investigación a la par de otras investigaciones como las que se realizan sobre la enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencia.

**Vertex:** *Autores como W. T. Carpenter muestran algunos reparos al otorgar beneficios terapéuticos sobre la sintomatología negativa primaria a los neurolépticos atípicos, señalando la dificultad metodológica que se desprende de la necesidad de descartar la mejoría producida sobre los síntomas negativos secundarios, como los denomina este autor.*

**Meltzer:** El Dr. Carpenter discreparía marcadamente en este tema. Creo que la Clozapina y probablemente la Risperidona y otros antipsicóticos atípicos tienen sus efectos sobre los síntomas negativos primarios. Pueden hacerse estudios en pacientes esquizofrénicos

residuales que tienen síntomas negativos predominantes con pocos síntomas positivos, extrapiramidalismo, depresión o desmoralización, todo lo que creemos que se confunde con síntomas negativos, y mostrar que un número, no todos, puede tener una mejoría clínica magnífica de sus síntomas negativos. Pueden tomarse pacientes (como nosotros lo hicimos) que tienen una mezcla de síntomas positivos y negativos y extrapiramidalismo y hacerse análisis de covariancia que aíslan el cambio en las evaluaciones en la SANS, la BPRS, y la escala de síntomas negativos de la PANSS y muestran que el cambio en los factores de síntomas negativos, por lo menos algunos de ellos, no son secundarios al cambio en síntomas positivos o extrapiramidales. En este tema, el Dr. Carpenter y yo diferimos marcadamente, pero querría puntualizar el hecho de que quién sea que esté en lo correcto sobre esto, no parece crear mucha diferencia en un sentido clínico. Y con esto me refiero a los pacientes, sus familias y sus clínicos que tratan pacientes con drogas atípicas y ven cambios en la espontaneidad, en la capacidad de placer y en la conducta social. Si esto es un cambio primario o secundario no es lo más importante. Lo es teóricamente, pero para el punto de vista del psiquiatra, la familia y el paciente, el cambio clínico es extraordinario, y eso es lo que vale.

*Vertex: Pero es importante para la investigación fisiopatológica...*

*Meltzer:* Por supuesto, nosotros siempre queremos saber cuál es el llamado efecto primario. Yo dije que las alucinaciones y delirios, en algún sentido, serían secundarios a disturbios cognitivos. Pero aunque esté en lo cierto –aunque es sólo una idea, no estoy preparado para defender esto por el momento– igualmente queremos hallar mejores maneras de tratarlos. Los pacientes valoran el hecho de que sus síntomas delirantes y alucinatorios, mejoren aún cuando el deterioro cognitivo no haya cambiado.

*Vertex: Hay una tendencia a subestimar el aspecto cognitivo de la sintomatología extrapiramidal. Sin embargo, los trastornos cognitivos hallados en los pacientes parkinsonianos son llamativamente similares a algunos de los de la esfera negativa de la esquizofrenia. Esto significa una dificultad seria al analizar los resultados de muchas investigaciones orientadas hacia la sintomatología deficitaria al tener que diferenciarlos del NIDS. Una buena posibilidad resultaría la de poder contar con una población de esquizofrénicos que no hayan sido tratados exclusivamente con Clozapina a la hora de investigar Déficit. ¿Usted conoce alguna experiencia de este tipo?*

*Meltzer:* Creo que es sumamente importante estudiar pacientes que fueron tratados con Clozapina desde el primer episodio. Quizás esta importante pregunta del Dr. Streljevic pueda ser respondida por los estudios que están siendo llevados a cabo en EE.UU., China y probablemente en otras partes. Hemos completado el estudio en pacientes esquizofrénicos de comienzo reciente con buena prognosis y buena respuesta a los neurolepticos típicos en el cual comparamos la Clozapina con el Haloperidol en personas que estuvieron enfermas dos o tres años y tuvieron una o dos hospitalizaciones. La diferencia más importante de las dos

drogas en esa población fue la mejoría cognitiva. Encontramos una mejoría cognitiva mayor en pacientes de reciente comienzo tratados con Clozapina; también encontramos mejor cumplimiento, pero en términos de síntomas positivos o negativos no fue significativamente diferente en este período de la enfermedad, porque nosotros específicamente seleccionamos pacientes que tenían buena respuesta a los neurolepticos. Es interesante ver que en ese estudio muchos de los pacientes tratados con neurolepticos típicos se convirtieron en resistentes al tratamientos en el curso del mismo. Creo que debemos tomar en consideración a la Clozapina como un tratamiento de primera línea, e investigar cuál puede ser su efecto a largo plazo en la evolución de la enfermedad. Pienso que habrá menos recaídas, mejor cumplimiento y, espero, menos déficits en las funciones cognitivas, pero eso debe ser determinado por la investigación futura.

*Vertex: Usted ha desarrollado un concepto de atipicidad de las drogas antipsicóticas basado en la propiedad de las mismas para efectos antagonísticos en las sinapsis serotoninérgicas. ¿Podría ampliarlo? ¿Cómo vincular este concepto con posibles alteraciones en otros circuitos como los señalados por la teoría glutamatérgica?*

*Meltzer:* Es cierto que hemos concentrado la atención en el sistema serotoninérgico y sus relaciones con el Glutamato y el Gaba. Esto, irónicamente, en alguna medida nos ha apartado de la hipótesis dopaminérgica. Philip Sims y sus colegas en Toronto, están proponiendo que los receptores D<sub>4</sub> son la clave de las acciones de la Clozapina, pero muchos trabajos más recientes sugieren que no es así.

*Vertex: Recientemente usted ha señalado la importancia de hacer una evaluación multidimensional de los resultados terapéuticos de las drogas atípicas en el tratamiento de la esquizofrenia ambulatoria verificando, por ejemplo, la calidad de vida, los trastornos cognitivos y el índice de reinternaciones. ¿En qué forma altera esto el concepto de resistencia al tratamiento sostenido por usted en el '88 en donde primaba una evaluación de la esfera comprendida por las escalas psicopatológicas clásicas como la BPRS?*

*Meltzer:* Yo aconsejo firmemente a los clínicos que se concentren en una evolución multidimensional de la esquizofrenia, y no sólo en los síntomas. Lo que ocurrió desafortunadamente con los síntomas evaluados por las escalas clásicas, debido a la capacidad que se tiene de controlar la psicosis con neurolepticos típicos, es que hay gente que ha sugerido que son metas suficientes para el tratamiento. Pero si se examina la calidad de vida de nuestros pacientes, si se calcula la tasa de suicidio que es de un 10% –increíblemente alta–, si se verifica la ausencia de vida en pareja que es de un 80-90%, se concluye que hemos hecho terriblemente poco para ayudar realmente a los pacientes con las drogas que tenemos. Esto va a requerir que identifiquemos el trabajo, o una buena calidad de vida, como objetivos terapéuticos importantes para continuar presionando al sistema completo, ya sea a la industria farmacéutica como a las autoridades en Salud Mental de la Argentina y de otros países, para que realmente den los recursos necesarios. A mí me gusta con-

trastar el estado de la esquizofrenia con el de la enfermedad Maníaco-Depresiva, en el hecho de que nunca estaremos contentos como clínicos de tener una persona con trastornos de ánimo que simplemente deje de tener fluctuaciones, y dejarlo vegetar, sentado en los pasillos, fumando sin tener energías. Tenemos altos índices en el nivel de recuperación de los trastornos del estado de ánimo y no veo ninguna razón por la que no debamos presionar en la misma dirección para beneficio de los esquizofrénicos; y tengámoslo claro, si no lo hacemos nunca ocurrirá.

**Vertex:** *¿Escalas como la Drug Attitud Inventory (DAI) destinadas a medir la respuesta subjetiva a los neurolépticos podrán convertirse en un medio para pronosticar la resistencia al tratamiento?*

**Meltzer:** No, no creo que así se pueda pronosticar quién será resistente al tratamiento. Pienso la resistencia al tratamiento como opuesta a la efectividad neuroléptica. Las escalas, como la que creo que usted se refería, pueden identificar a los pacientes que van a estar molestos o disfóricos por el extrapiramidalismo u otros efectos adversos serios que harán que no tomen la medicación y por lo tanto recaigan. Hay cierta evidencia de que cuando la gente recae queda peor.

Creo que los resistentes al tratamiento tienen un déficit neuroquímico, tal como cuando se apaga la estimulación a los receptores D<sub>2</sub>. Esto significa que hay un cambio fundamental o en el nivel molecular o en el nivel de sistemas. Hay otro grupo de pacientes que se convierten en resistentes al tratamiento después de un período de tiempo—que puede ser tan largo como de 15 años luego del primer tratamiento, pero cuyo tiempo promedio parece estar alrededor de 9 años—y luego no pueden experimentar alivio de las alucinaciones y delirios con los neurolépticos típicos. A qué se debe esto no lo tengo claro, puede ser algo en el nivel del sistema del segundo mensajero, el AMP cíclico, las proteínas G. etc., donde los neurolépticos son inefectivos. No creo que contemos con una escala como para captar esto en este momento, no tenemos un test bioquímico. Pienso que los clínicos deben ser muy observadores de sus pacientes desde una perspectiva multidimensional y considerar resistentes al tratamiento no sólo a aquéllos que continúan con síntomas positivos sino también cuando tienen síntomas negativos—como la persistencia de ideas de suicidio o incapacidad de ir a trabajar—y la función social se está deteriorando. Estas personas son resistentes al tratamiento y ciertamente serán candidatas para la Clozapina y la Risperidona.

**Vertex:** *¿Podríamos hablar de una resistencia al tratamiento a los propios neurolépticos? ¿Hasta dónde deberíamos extender nuestros esfuerzos por mejorar los resultados de nuestros pacientes?*

**Meltzer:** La respuesta a drogas como la Clozapina—y estoy teniendo la impresión de que esto puede ser válido también para la Risperidona—puede demorarse. Hay algunas personas que responden en términos de su psicopatología en pocas semanas, como lo demostré en un estudio que dirigí con el Dr. Kane, en donde hallamos que cerca del 30% de los pacientes responde al cabo de seis semanas. Pero si se continúa tratándolos por cerca de seis meses, responderá el 60%, e incluso hemos visto en una cantidad de pacientes, luego de ocho o diez años

de tratamiento, mejorías constantes en el tiempo, en áreas como las funciones social y laboral.

Formular una hipótesis sobre la base biológica para explicarlo, es realmente fascinante; podría deberse a algunos cambios lentos en el desarrollo estructural del cerebro, podría ser simplemente la ausencia de traumas desconocidos que ocurren o aumentan con cada episodio psicótico, y el estar medicados con Clozapina, lo cual previene esas recaídas, sería ampliamente beneficioso. No creo que tenga sentido detener la administración de drogas como la Clozapina antes de los seis o doce meses, y quizás más tiempo, porque no hay nada en estos momentos que la reemplace. Nuevas drogas como la Olanzapina o el Sertindol, que difieren químicamente de la Clozapina pero tienen ciertas similitudes, pueden presentar diferentes ventajas, y quizás, llegaremos al punto de saber lo suficiente acerca de la naturaleza química del déficit de cada persona como para poder elegir cada droga.

Por otro lado, sé que en la Argentina hay una tendencia a usar bajas dosis, alrededor de 200 mg. de Clozapina. Para un verdadero paciente resistente al tratamiento, eso es insuficiente. Para un paciente no resistente generalmente no, pero nosotros mostramos que dosis altas que producen niveles plasmáticos de alrededor de 350 a 400 ng/ml son generalmente necesarios para producir una buena respuesta clínica en los primeros.

**Vertex:** *La explicación de la respuesta tardía a la Clozapina se expresa por cambios a nivel genómico...*

**Meltzer:** Creo que algo de la explicación del comienzo tardío de la respuesta a la Clozapina no involucra cambios estructurales en el cerebro. Hemos demostrado, y fue replicado varias veces, que si se comienza a dar Clozapina a alguien con atrofia frontal extensa no responde rápidamente; sin embargo si se estudia a estos pacientes por un tiempo prolongado, algunos, eventualmente, mejorarán. Esa es la razón para continuar el tratamiento. ¿Qué significa esto? Que para que la droga trabaje rápidamente, se debe contar con algunos procesos intactos en el cerebro. Pienso que con el tiempo la droga permitiría una especie de restauración y regeneración y parte de la explicación para eso es su capacidad para modular los glucocorticoides—que incrementan procesos neurodegenerativos—y cambiar el balance relativo de la neurotransmisión inhibitoria y excitatoria, a través de sus efectos en la neurotransmisión gabaérgica y glutamatergica moduladas por la serotonina y la dopamina.

**Vertex:** *Hay informes aislados sobre buenos resultados al combinar neurolépticos típicos con Clozapina ¿Cree usted que ésta es una posibilidad terapéutica que merecería investigarse?*

**Meltzer:** Hay reportes anecdóticos acerca de la combinación de Clozapina con Risperidona. Es difícil, a mi entender, encontrar una justificación teórica de esto; podría ser cuestión de tiempo—donde algo comienza a funcionar con el correr del tiempo—así que necesitamos algunos estudios controlados antes de que esta asociación se convierta en una propuesta seria. A veces encuentro pacientes que tienen síntomas positivos persistentes con Clozapina luego de un período de tiempo largo, y en esos casos es útil agre-



gar una pequeña cantidad de neuroléptico típico, como 2,5 mg. de Haloperidol. Me gustaría ver algunas comparaciones controladas de Clozapina más una muy pequeña dosis de neurolépticos típicos y Risperidona antes de recomendar el combinar neurolépticos atípicos. Tiene mucho más sentido para mí combinar una droga como la Sulpirida, si es que la tienen en Argentina—en EE.UU. carecemos de ella—. Digo esto porque sería verdaderamente novedoso, ya que el tipo de receptores dopaminérgicos que bloquea son muy diferentes a los de la Clozapina y se obtendría así un efecto sinérgico.

**Vertex:** *Esta mañana antes de iniciar este reportaje hicimos una búsqueda a través del Med Line y el sistema informo que había desde 1992 hasta la fecha unas 300 citas de trabajos a su nombre ¿Cuál es el secreto de semejante producción?*

**Meltzer:** Tengo que contarle un pequeño chiste. Alrededor de 1968 cuando empecé mi carrera, recibí un llamado de Nathan Kline, que era el presidente del CINP, diciéndome que yo había sido premiado con un viaje para participar de un encuentro que él organizaba en París. Yo estaba muy excitado, pues nunca había estado en Europa, y no era miembro del CINP. Seis meses más tarde, me llamó nuevamente; estaba muy avergonzado y me dijo: "Lo siento Dr. Meltzer, usted no era el Meltzer que queríamos invitar, hay otro Meltzer en la Universidad de Columbia que publica en el mismo campo que usted". Así que parte de la explicación, si él aún está trabajando, es que algunos de esos artículos sean los escritos por él.

Por otro lado, no sé si es real que escribí 300 artículos diferentes. Tengo un laboratorio grande y mucha gente que me ayuda; pero es cierto que publico mucho más que la mayoría y tengo, y siempre tuve, la actitud de seguir mi curiosidad en la ciencia, ir de un escalón a otro. Cuando caigo en algún hallazgo puede ser sinérgico. Justamente hace dos días creo que hallé—pero no lo voy a contar con las cámaras frente a mí— el eslabón faltante entre mi trabajo de investigación neuromuscular que comencé hace treinta años y los estudios actuales en Dopamina y Serotonina. Apareció por una serie de ocurrencias fortuitas. Cuando vuelva a casa de este viaje tengo una pila de artículos para leer y si puedo trataré de unir un montón de cosas que hallé. Así que espero que en el próximo viaje a la Argentina, en dos o tres años, tenga algo realmente nuevo para decirles, que pueda contestar un buen número de estos enigmas.

Entre 1968 y 1970 informé de una pérdida de motoneuronas alfa y de ramificación de la plasticidad en terminales nerviosas y cambios químicos en las membranas en el sistema neuromuscular de los esquizofrénicos.

Todavía apoyó ese trabajo y pienso que puede brindar una clave para identificar la etiología de la esquizofrenia y espero empezar algunos nuevos proyectos en este área. Puedo decir también a mi "público" argentino, que me cambió a otra Universidad; voy a trabajar en la Vanderbilt University en Nashville, Tennessee.

**Vertex:** *¿Cuál cree usted que debería ser el perfil de las investigaciones en los países en desarrollo?*

**Meltzer:** Si por subdesarrollados, usted se refiere a verdaderos países del tercer mundo en África o a algunos de los países más pobres de Latinoamérica, no creo que estén realmente capacitados para hacer alguna investigación relevante. Pero creo que hay una gran cantidad de trabajo psicofarmacológico que está apareciendo en algunos de los países recientemente desarrollados como Corea, Brasil y Argentina. Le doy un ejemplo de cosas que todos podemos hacer: una buena colección de especímenes de cerebro de personas con esquizofrenia que murieron, pacientes que hayan sido cuidadosamente estudiados; esto se puede hacer en cualquier parte del mundo. Sé que hay una habilidad tremenda aquí en la Argentina en la psiquiatría descriptiva y esto puede hacerse en colaboración con gente de otras partes del mundo. La otra cosa que se puede hacer en países del tercer mundo o en cualquier parte es la identificación y seguimiento de familias con estudios genéticos, particularmente porque sus comunidades están aisladas y no hay muchos casamientos entre comunidades distintas. Puede haber grupos de pacientes que sean realmente seguidos genéticamente.

Hay otra cosa que ocurre en países del tercer mundo que es muy valiosa para la investigación: son los países que no usan drogas psicótropas. Un colega de Arabia Saudita me escribió—estaba casi avergonzado—diciéndome que puedo tener acceso a muchos pacientes esquizofrénicos no medicados para realizar investigaciones. Presumo que hay temas éticos que surgirán que deben ser considerados, pero creo que cualquiera que esté interesado en este problema puede hacer una pequeña contribución.

**Vertex:** *¿Hasta dónde cree que hemos llegado en el camino de la explicación de la esquizofrenia?*

**Meltzer:** Soy muy optimista. Haremos grandes progresos en el entendimiento de las causas de la esquizofrenia en la próxima década. Creo que las herramientas que tenemos en áreas como la genética, las imágenes funcionales cerebrales, y la neuropatología, así como las provistas por nuevas drogas como la Clozapina, la Risperidona y la nueva generación de antagonistas D<sub>3</sub> y D<sub>4</sub>, nos permitirán identificar déficits específicos en pacientes específicos. Creo que esto es crucial, porque si se acepta la idea de que el daño mayor en el cerebro se produce antes de que la psicosis emerja, lo que debemos hacer para prevenir los déficits terribles que tiene la gente con esquizofrenia, es identificarlos muy tempranamente en la vida, cuando el daño cerebral es relativamente mínimo y hallar maneras de prevenir la expresión de su vulnerabilidad. Entiendo que la mayoría de las drogas que tenemos ahora, incluso la Clozapina, que yo veo como la más efectiva de la generación actual, son paliativas. Sólo están ayudando a minimizar algún daño cerebral muy grave que ya está ocurriendo. Así que el objetivo de mi investigación futura es identificar a los sujetos con un curso pre-esquizofrénico en estudios genéticos, electrofisiológicos y conductuales, y luego hallar maneras de prevenir que se vuelvan psicóticos ■

Sobre los

# ANTIPSIKOTICOS ATIPICOS



**Alejandro Lagomarsino**

Presidente del Capítulo de Psicofarmacología de la Asociación de Psiquiatras Argentinos, Director del Centro Regional de Información en Salud Mental (Fundación ACTA), Serrano 669 Primer Piso, 1414 Capital. Tel: 854-5602/857-3151.

Desde que en 1952 fue sintetizada la clorpromacina, Delay y Deniker acuñaron el término "neuroléptico" para los nuevos fármacos con acción antipsicótica acompañada -al parecer inevitablemente- de efectos extrapiramidales como la distonía aguda y el Parkinsonismo.

En 1958 aparece el haloperidol, el antipsicótico más utilizado hasta la actualidad, de mayor potencia pero todavía causante de más extrapiramidalismos que la clorpromacina.

En 1965 fue propuesta por Randrup y Munkvad la llamada Hipótesis Dopaminérgica de la esquizofrenia. Esta hipótesis postula que la esquizofrenia es producida por un exceso de actividad dopaminérgica, y por eso su sintomatología mejora con los antipsicóticos, que son fármacos bloqueantes dopaminérgicos cuya potencia clínica está directamente relacionada con su afinidad por los receptores dopaminérgicos. Inversamente, los enfermos esquizofrénicos en remisión empeoran con los agonistas dopaminérgicos como la L-Dopa y las anfetaminas.

La utilización clínica de los antipsicóticos pronto mostró dos problemas:

1. que el bloqueo de la vía dopaminérgica nigroestriada (responsable de los extrapiramidalismos) era paralelo al bloqueo de la vía mesolímbica (supuestamente responsable del efecto antipsicótico), produciendo síntomas extrapiramidales agudos y (posteriormente) disquinesia tardía, y

2. que los antipsicóticos no eran eficaces en la sintomatología negativa de la esquizofrenia, pudiendo incluso aumentarla. Ahora sabemos que los antipsicóticos pueden producir el Síndrome Deficitario Producido por los Neurolépticos, NIDS (*Neuroleptic-Induced Deficit Syndrome*), caracterizado por falta de iniciativa, motivación y respuesta emocional, embotamiento, lentitud y trastornos cognitivos(8).

En 1966 aparece la clozapina, el primer antipsicótico definido como sin acción neuroléptica por su falta casi total de efectos extrapiramidales, y además el primero con efecto sobre los síntomas negativos de la esquizofrenia. Este medicamento revolucionario,

adolesce, sin embargo, de una desventaja que limita severamente su uso: su potencial de provocar agranulocitosis tiene una incidencia del 0,9%, mucho mayor que la de otros psicofármacos, y por lo tanto su utilización exige estudios hematológicos regulares(1).

Desde entonces la investigación de laboratorio busca moléculas con potencial antipsicótico que, como la clozapina, no provoquen catalepsia en la rata; como se sabe, ésta reproduce en el modelo experimental un equivalente de los efectos extrapiramidales. Las metas buscadas son la de encontrar el mecanismo de acción de la clozapina y la de mejorar el cociente efecto antipsicótico/extrapiramidalismos.

Ante la pregunta de porqué la clozapina no produce extrapiramidalismos, primero se pensó que podría tener un efecto selectivo sobre los receptores de la vía dopaminérgica mesolímbica, sin afectar a los estriatales, pero esto no fue confirmado. Su falta de efecto cataleptico en la rata y de efectos extrapiramidales en el ser humano se deben probablemente a su baja afinidad por los receptores dopaminérgicos D<sub>2</sub> (que en lo sucesivo llamaré simplemente D<sub>2</sub>, D<sub>1</sub>, etc.): con Tomografía por emisión de positrones (PET) se demostró que los efectos extrapiramidales y terapéuticos de los antipsicóticos clásicos recién aparecen cuando la ocupación de los receptores supera el 80%. Con la clozapina es sólo del 30-60%(10). Pero si el bloqueo de los receptores D<sub>2</sub> es tan débil, entonces ¿por qué mecanismos actúa? Aunque no hay antipsicóticos sin algún grado de bloqueo de los receptores D<sub>2</sub>, este hallazgo muestra una discordancia con la hipótesis dopaminérgica clásica.

Mientras tanto se descubrieron otros receptores dopaminérgicos y se supuso que la acción "atípica" de la clozapina podría ser porque:

1. La clozapina actúa sobre los receptores dopaminérgicos D<sub>1</sub> más que los antipsicóticos típicos. Se pensó que las características de la clozapina podrían depender del cociente bloqueo D<sub>1</sub>/D<sub>2</sub>.

2. La clozapina es el antipsicótico que tiene más afinidad por el receptor D<sub>4</sub>.

Por el momento estas dos vías de investigación sobre los subti-

pos de receptores continúan abiertas, pero hay otra que parece ser más promisorio: tal vez la atipicidad de la clozapina depende de que simultáneamente bloquea débilmente los receptores D<sub>2</sub> y fuertemente los receptores 5-HT<sub>2</sub>.

La meta de los investigadores, a partir de las novedosas características de la clozapina, es encontrar un antipsicótico no neuroléptico, con acción sobre la sintomatología negativa pero que no tenga la propensión a provocar agranulocitosis de la clozapina.

Por distintas estrategias de investigación se buscan(5):

1. Compuestos bloqueantes dopaminérgicos, pero además con alta acción anticolinérgica que la contrarreste, como es el caso de la tioridacina.

2. Compuestos bloqueantes selectivos de los receptores D<sub>2</sub>, como la sulpirida, la amisulprida, la racloprida y la remoxiprida\*. La sulpirida tiene un bloqueo selectivo D<sub>2</sub> para las vías mesolímbica y mesocortical y no sobre la vía nigroestriada.

3. Compuestos que modifiquen la función dopaminérgica por otros medios: se pensó en disminuir la actividad dopaminérgica estimulando los autoreceptores: talipexol, roxindol. Hasta ahora no hay resultados alentadores.

4. Compuestos que actúen diferencialmente sobre los receptores D<sub>2</sub>, D<sub>3</sub>, D<sub>4</sub>.

5. Compuestos que actúen sobre los sistemas glutamatérgicos (como el receptor NMDA, para el N-metil-D-aspartato, que es un aminoácido excitatorio).

Pero a excepción de la remoxiprida, estas estrategias hasta el presente no han dado resultados de aplicación clínica.

Anteriormente se mencionó que la clozapina no tiene especificidad mesolímbica en su interacción con los receptores dopaminérgicos de ese área. Sin embargo, recientemente un estudio empleando técnicas *in vivo* como la

\* Cabe señalar que en Suecia esta droga fue recientemente retirada del mercado: el hallazgo de ocho casos de anemia aplásica en una serie de 25.000 pacientes tratados sin obtener los beneficios terapéuticos de la clozapina llevó a aquella decisión considerando la relación riesgo/beneficio del uso de la remoxiprida.

microdiálisis cerebral y la autoestimulación intracraneal ha mostrado que este fármaco tiene una potente acción antidopaminérgica y una robusta especificidad mesolímbica. Como estos efectos no pueden ser explicados por su acción sobre receptores dopaminérgicos (débil bloqueo y no selectividad anatómica), los autores concluyen que esta acción antidopaminérgica debe ser secundaria a efectos sobre sistemas no dopaminérgicos(3).

Distintos datos ya habían sugerido la posibilidad de que el bloqueo combinado de los receptores 5-HT y D2 pudiera reducir los efectos extrapiramidales, y actuar sobre los síntomas negativos. Por ejemplo, con la ritanserina, un antagonista 5-HT<sub>2</sub>, se habían obtenido resultados en la sintomatología negativa, cuando se la suministraba con un antipsicótico, pero no por sí misma.

De este modo comenzó la era de los antagonistas DA-5HT, con los antipsicóticos actualmente llamados atípicos:

Antagonistas 5-HT, D<sub>2</sub>, D<sub>1</sub>, Alfa-1, H<sub>1</sub>: clozapina, melperona.

Antagonistas 5-HT<sub>2</sub>, D<sub>2</sub>: risperidona, tioridacina.

Antagonistas 5-HT<sub>2</sub>, D<sub>2</sub>, Alfa-1: amperozida, sertindole.

Otros: seroquel, olanzapina, ondansetron, setoperona, pipamperona, fluperlapina.

### ¿Cuáles son las características de los antipsicóticos atípicos?

Para contestar esta pregunta es necesario ante todo notar la ambigüedad de la expresión "atípicos" que en ocasiones designa a ciertos antipsicóticos por sus efectos clínicos y en otras por su acción farmacológica sobre los receptores. Por ejemplo Kerwin(7) sugiere reservar el término "atípico" para los antipsicóticos con pocos efectos extrapiramidales, independientemente del mecanismo de acción. Así, la clozapina sería atípica por su débil bloqueo de los receptores D<sub>2</sub>, la tioridacina por sus efectos antimuscarínicos y la risperidona por el efecto protector del bloqueo 5-HT<sub>2</sub>. De este modo bajo la categoría de "atípicos" podemos incluir a antipsicóticos como la remoxipri-

	Haloperidol	Risperidona	Clozapina
Bloqueo D <sub>2</sub>	++++	+++	
Bloqueo 5-HT <sub>2</sub>	+ -	+++	
Efecto sobre sintomatología negativa	puede agravarla	la mejora	la mejora
Efectos secundarios principales	Extrapiramidales	Insomnio Inquietud	Agranulocitosis

da, aunque virtualmente no tenga acción sobre receptores serotoninérgicos y por lo tanto podamos suponer que sea atípica por mecanismos diferentes de los de la clozapina(9).

No es ésta la posición de Moizeszowicz, quien en su definición de los "neurolepticos atípicos" incluye el tener mecanismos de acción similares: ser simultáneamente antagonistas de los receptores a la serotonina (5-HT<sub>2</sub>) y a la dopamina (D<sub>1</sub>/D<sub>2</sub>)(11).

Aclarado esto, se suele considerar como atípicos a los fármacos que poseen:

1. Acción antipsicótica.
2. Escasos efectos extrapiramidales.
3. Poca o ninguna disquinesia tardía.
4. Poco o ningún aumento de prolactina (Aunque la risperidona la aumenta todavía más que el haloperidol).
5. Experimentalmente, no producen catalepsia en la rata.

Por otra parte, al estudiar subgrupos de enfermos sensibles a la clozapina, varios grupos demostraron que enfermos con cociente HVA/5-HIAA bajo en líquido cefalorraquídeo (es decir, poca actividad dopaminérgica comparada con la actividad serotoninérgica), respondieron a la clozapina, mientras no respondían igual quienes tenían este cociente alto. Esto permite suponer que la patología en este subgrupo de enfermos, y por lo tanto la respuesta o falta de la misma a los distintos antipsicóticos, dependerían del balance entre los dos sistemas.

En la misma dirección, pero

desde el punto de vista clínico, los enfermos tratados con flufenacina que posteriormente respondieron mejor a la clozapina, fueron los que más efectos extrapiramidales habían presentado con la flufenacina. Y se comprobó que tenían más mejoría del cuadro psiquiátrico, cuanto más mejoraban de los efectos extrapiramidales. Tal vez estos enfermos tenían un exceso de bloqueo dopaminérgico pero mejoraron porque se actuó sobre el sistema serotoninérgico, como si su sistema nervioso necesitara menos bloqueo dopaminérgico y más bloqueo serotoninérgico(12).

De los antipsicóticos nuevos, en nuestro país contamos con la risperidona desde 1993 que es activa sobre sintomatología positiva y negativa, con pocos efectos extrapiramidales (salvo a altas dosis). Tiene alta afinidad por 5-HT<sub>2</sub>, D<sub>2</sub>, alfa adrenérgicos e histaminérgicos. ¿Cómo es que la risperidona no produce catalepsia en la rata si es un potente bloqueante de los receptores D<sub>2</sub>? Obviamente otros efectos tienen que estar neutralizando esta acción; se supone que el bloqueo de los receptores serotoninérgicos 5-HT<sub>2</sub> de algún modo reduce los efectos extrapiramidales. Pero además los investigadores consideran que el cociente entre el bloqueo 5-HT<sub>2</sub> y el bloqueo D<sub>2</sub> es clave: el primero tiene que ser potente y el segundo débil(6).

Si comparamos a los tres fármacos que representan mojones en la historia de los antipsicóticos veremos que:

- La risperidona (y su metabolito la 9-hydroxirisperidona) blo-

quea los receptores 5-HT<sub>2A</sub> con 20 veces más afinidad que la clozapina, y 170 veces más que el haloperidol.

• La risperidona se une a receptores D<sub>2</sub> con 50 veces más afinidad que la clozapina, pero sólo dos a tres veces menos que el haloperidol (Tabla 1).

• La afinidad de la risperidona por los D<sub>2</sub> mesolímbicos y estriales es la misma.

En lo referente a los efectos secundarios: con la clozapina, el más grave es evidentemente la agranulocitosis. Secundariamente, la sedación (que puede ser un beneficio o no, dependiendo del cuadro del paciente), la hipotensión, el descenso del umbral convulsivo aun en sujetos sin predisposición a las convulsiones, la sialorrea y los problemas sexuales.

La risperidona, que bloquea los D<sub>2</sub> mucho más que la clozapina, tiene efectos extrapiramidales pero mucho menos que los antipsicóticos típicos, y sobre todo en dosis más altas (por encima de 10 mg). Casi no se han visto distonías agudas, y poca acatisia. Los principales efectos secundarios son: insomnio (26%), agitación (22%), extrapiramidales (17%, contra 39% con haloperidol 20 mg) y cefaleas (12%). Un dato interesante es que la somnolencia con la risperidona fue de sólo del 3% (contra 6% del haloperidol), de modo que clínicamente tenemos que considerar a

la risperidona como un fármaco desinhibidor.

Estudios recientes de biología molecular han aportado datos sobre los factores de transcripción en la acción de los antipsicóticos. Hasta hace unos años conocíamos los primeros y los segundos mensajeros, pero ignorábamos lo que ocurría después en la neurona postsináptica.

En la actualidad se estudian los terceros mensajeros: los factores de transcripción genética. Algunos de los mejor conocidos son c-fos, c-jun, zif-268 y las proteínas CREB. Son producidos por los IEG (*Immediate Early Genes* o *Genes Inmediatos Precoces*) y su función es regular la expresión de los genes con los que interactúan, activando o reprimiendo la transcripción de porciones del código genético del ADN al ARNm para su posterior translocación del núcleo al citoplasma. Allí el ARNm lleva el mensaje genético a los ribosomas para la producción de proteínas: enzimas, receptores, etc.(4).

La demostración de que la clozapina no induce al c-fos en el estriado dorsal como lo hace el haloperidol, pero sí en el núcleo accumbens y la corteza prefrontal, nos da un camino para pensar que las diferencias entre los distintos antipsicóticos (entre los típicos y los atípicos) tal vez pudieran residir en estas diferencias en su acción sobre los terceros men-

sajeros(13). Inclusive se han examinado los efectos sobre el c-fos de un fármaco (metoclopramida) denominado "neuroléptico inverso" porque no tiene efecto antipsicótico pero es capaz de inducir extrapiramidalismos: a la inversa de la clozapina, se encontró inducción de c-fos en el estriado dorsal pero no en el núcleo accumbens. Hasta el momento no se han realizado estudios de c-fos en risperidona.

El hecho de que la inducción del c-fos en el núcleo accumbens sea común a todos los antipsicóticos, mientras que dicha inducción en la corteza prefrontal es exclusiva de la clozapina revela la heterogeneidad de los mecanismos de acción de los antipsicóticos(2).

Inclusive dentro del grupo de los denominados "atípicos" el perfil clínico varía desde las moléculas que se destacan por tener escasos o nulos efectos extrapiramidales, a las que además tienen efecto sobre los síntomas negativos de la esquizofrenia. Aunque todavía ignoramos el tipo de relación que podría haber entre una y otra característica, es de esperar que estudios comparativos sobre los factores de transcripción genética en distintos antipsicóticos brinden nuevos conocimientos sobre sus mecanismos de acción y eventualmente sobre la fisiopatología de la esquizofrenia ■

#### Referencias bibliográficas

1. Alvir J. M. et al., Agranulocytosis: Incidence and risk factors. *J. Clin. Psychiatry* 55: 9(137-138) Suppl. B, Sept. 1994.
2. Deutch A. Y., Identification of the neural systems subserving the actions of clozapine: clues from immediate early gene expression. *J. Clin. Psychiatry* 55: 9(37-42) Suppl. B, Sept. 1994.
3. Gardner E. L. et al., Clozapine produces potent antidopaminergic effects anatomically specific to the mesolimbic system. *J. Clin. Psychiatry* 55: 9(15-22) Suppl. B, Sept. 1994.
4. Hyman S. E., Nestler E. J., Molecular mechanisms underlying antipsychotic drug action. En: *The Molecular Foundations of Psychiatry*. Washington, American Psychiatric Press, 1993. (págs. 1491-90).
5. Jufe G, en Rothlin R. P., Tessler J., Zieher L. M., *Farmacología (Vol 3: Neuro y Psicofarmacología)* Mac-King, Buenos Aires, 1994.
6. Kane J. M., Risperidone: New horizons for the schizophrenic patient. *J. Clin. Psychiatry* Vol 55, May 1994 (Supplement).
7. Kerwin R. W., The new atypical antipsychotics: a lack of extrapyramidal side-effects and new routes in schizophrenia research. *Brit. J. Psychiatry* 164, 141-148, 1994.8
8. Lader M., Neuroleptic-induced deficit syndrome (NIDS). *J. Clin. Psychiatry* 54: 12(493-500), Dec. 1993.
9. Meltzer H. Y., Clozapine and other atypical neuroleptics: Efficacy, side effects, optimal utilization. En: *Update on Serotonin/ Dopamine antagonists in Psychiatry. The Journal of Clinical Psychiatry. Monograph Series. Vol 12 N°2, Aug. 1994, pág. 38.*
10. Meltzer H. Y., *Update on Serotonin/ Dopamine antagonists in Psychiatry. The Journal of Clinical Psychiatry. Monograph Series. Vol 12 N°2, Aug. 1994.*
11. Moizeszowicz J., Neurolépticos atípicos. En: *"Psicofarmacología Psicodinámica III: Nuevos enfoques clínico terapéuticos"*, Buenos Aires, Paidós, 1994 (pág. 111).
12. Ref 3, pág. 30.
13. Rogue P. et al., Induction par les neuroleptiques de certains genes dans le systeme nerveux central. *Ann. Med-Psychol* 150(2-3), 1992.



# DISQUINESIAS TARDIAS:

*revención y tratamiento*

ENTREVISTA A OSCAR GERSHANIK

Por Sergio Strejilevich y Mariana Fazzina

**O**scar Gershanik ha logrado integrar en su práctica la actividad clínica y terapéutica con la investigación básica y aplicada en una singular trayectoria de repercusión internacional. La fascinación por la producción emanada de los grandes centros internacionales nos hace olvidar, a veces, del valor de quienes –“estando a treinta cuadras de nuestra casa”– pueden como Gershanik, neurólogo, clínico y docente, volcar en un diálogo claro y apasionante un pensamiento particularmente enriquecedor. En la nota que sigue, además de esbozar su posición respecto de las relaciones entre la neurología y la psiquiatría y abogar por una concepción unicista del hombre, Gershanik ha desarrollado el tema de las disquinesias tardías y nos propone una interpretación de la sintomatología extrapiramidal –especialmente a nivel cognitivo– de las relaciones de este fenómeno con los efectos de los neurolépticos típicos y atípicos y de la acción de los mismos sobre los circuitos dopaminérgicos; en este último, su interpretación diverge de la de otros autores en trascendentes aspectos: una reflexión que nos conduce a un borde polémico sobre la fisiopatología y la clínica de la misma esquizofrenia.

**Vertex:** ¿Cree usted posible que neurólogos y psiquiatras coincidamos en la descripción y categorización de ciertos cuadros clínicos y posteriormente formulemos hipótesis y concepciones fisiopatogénicas diferentes?

**Oscar Gershanik:** Yo creo que va más allá de eso. No se trata solamente de distintas interpretaciones fisiopatológicas, sino que partimos de lenguajes diferentes. Creo que el primer gran problema de interpretación a la hora de comparar lo que ve un psiquiatra y lo que ve un neurólogo, es qué término se utiliza para categorizar cada fenómeno. Utilizamos términos diferentes. Este es el primer escollo con el que uno se encuentra

**Vertex:** Bueno ya que entramos en el tema... ¿Cómo entiende usted, hoy, los límites entre la psiquiatría y la neurología?

**Gershanik:** Es una pregunta....

**Vertex:** ¿Capciosa...?

**Gershanik:** Capciosa no..., terrible!!!. Primero y principal, desde mi perspectiva, tanto los fenómenos objetivables por las técnicas neurológicas, como los objetivables por las técnicas psiquiátricas se desprenden del funcionamiento de un individuo que es el ser humano con todos sus componentes. No es que con esto yo quiera profundizar en todas las teorías unicistas, o con las que tratan de sintetizar lo psíquico con lo orgánico, pero creo, simplemente, que es muy difícil concebir que exista un funcionamiento psíquico separado del funcionamiento neurobiológico. Esto no invalida de ninguna manera las interpretaciones psicodinámicas de los fenómenos psiquiátricos ni los factores dinámicos que puedan modificar la conducta de un individuo, porque sabemos desde la biología que el sistema nervioso, en tanto estructura orgánica, es un sistema absolutamente plástico, capaz de ser modificado por numerosos estímulos. Más aún, en este momento en que la genética y la biología mole-

cular han aportado un importantísimo número de evidencias que sustentan hipótesis, no digo orgánicas por que tal vez es un término demasiado agresivo para este tema, pero sí digo biológicas, de muchos de los disturbios conductuales. Y en aquellos que no tienen una base biológica como mecanismo fisiopatológico uno puede entender que factores dinámicos influyan estructuras biológicas y éstas a su vez condicionen respuestas anómalas sin que necesariamente haya una deficiencia primaria a nivel biológico. Pero a mí no me cabe ninguna duda de que con el tiempo la psiquiatría y la neurología tienen que integrarse. No tienen manera de coexistir separadas.

Existen en este momento, tanto en la neurofisiología como en la neuroquímica y la neurofarmacología herramientas poderosísimas, con las que no contábamos pocos años atrás, que permiten estudiar *in vivo*, y correlacionar, ciertos procesos neurofisiológicos. Potenciales evocados, tomografía con emisión de positrones, potenciales tardíos, inclusive ahora con la RMN pueden hacerse estudios dinámicos en función de los cambios del contenido de agua que tiene el tejido en función de su tenor metabólico. Son herramientas biológicas que pueden ser aplicadas al estudio de cuadros psiquiátricos.

**Vertex:** No ha nombrado al mapeo cerebral entre estos estudios...

**Gershanik:** No, porque de todos ellos es el procedimiento menos seriamente estudiado en psiquiatría y además sobre el cual ha habido una toma de posición reciente de la Academia Norteamericana de Neurología “como una herramienta interesante de cuantificación de potenciales eléctricos corticales sin una clara utilidad o aplicación del mismo”. Tiene aplicación y utilidad en cosas muy precisas dentro de la epidemiología, pero la extrapolación que se hace a procesos biológicos más complejos o procesos psiquiátricos todavía es un terreno cenagoso y poco preciso.

**Vertex:** *En Psiquiatría se tiende a interpretar al Parkinsonismo medicamentoso como un síndrome meramente motor. Sin embargo en la descripción clásica del Síndrome extrapiramidal, se incluyen con el nombre de "Rigidez Mental", una serie de alteraciones cognitivas. ¿Cuáles son esas alteraciones, y en qué grado afectan las funciones cognitivas de un sujeto medicado con neurolépticos?*

**Gershanik:** Si uno hace un parangón con lo que ocurre en un paciente parkinsoniano, es decir aquél con enfermedad de Parkinson idiopática y un paciente con manifestaciones extrapiramidales inducidas por fármacos, puede encontrar algunas similitudes.

El paciente parkinsoniano además de tener una lentitud global en las funciones motoras tiene también una lentitud global en los procesos intelectuales, eso está explicado perfectamente por el compromiso de áreas o de sistemas dopaminérgicos que están involucrados en ciertas funciones cognitivas. No nos olvidemos que el sistema dopaminérgico no sólo ejerce influencia en las regiones motoras de los ganglios basales sino que también hay conexiones en las partes no motoras de estos ganglios, como pueden ser el caudado o el núcleo accumbens, que tienen fundamentalmente proyecciones frontales o proyecciones límbicas. Uno podría suponer que el bloqueo de receptores dopaminérgicos a nivel de esos sistemas no motores, trae aparejado una lentificación de los procesos intelectuales en los pacientes sometidos a tratamiento neuroléptico.

El otro tema que resulta difícil de entender cuando los psiquiatras se refieren a trastornos extrapiramidales en un paciente bajo tratamiento neuroléptico, es el de separar claramente los diferentes cuadros extrapiramidales inducidos por estos fármacos. No es lo mismo un parkinsonismo medicamentoso, o una distonía aguda, que una disquinesia tardía. Cada uno tiene mecanismos patogénicos diferentes y por lo tanto correlatos bioquímicos, farmacológicos y fenomenológicos distintos. En los pacientes que tienen fenómenos distónicos agudos también se observan fenómenos que pudieran calificarse como cognitivos. Por ejemplo la "Distonía del Pensamiento". Pacientes que tienen crisis distónicas, es decir contracciones sostenidas de un segmento corporal que habitualmente involucra ojos y extremidad cefálica (muy parecidas a las crisis oculogiras de los pacientes que padecen encefalitis letárgica), y que en el contexto de esa crisis distónica oculogira, experimentan la presencia de un pensamiento forzado. Lo curioso, es que este fenómeno motor y su correlato cognitivo mejoran con el mismo tratamiento, es decir con anticolinérgicos.

También debemos mencionar lo que es más difícil de discriminar en los pacientes que presentan disquinesias tardías, y que consiste en toda una serie de correlatos conductuales, donde, asociado al fenómeno de estereotipias motoras que generalmente tienen, se encuentran una serie de manifestaciones de agitación, de inquietud motora, que se corresponden con el cuadro que en forma aguda se denomina acatisia. Aquí el problema es poder deslindar cuánto de esas manifestaciones corresponde al fenómeno extrapiramidal provocado por neurolépticos y cuánto corresponde al terreno psiquiátrico del paciente.

**Vertex:** *Se podría hablar entonces de una "Acatisia Cognitiva"?*

**Gershanik:** Es difícil, pero podría existir una cosa así. Vuelvo al tema de la enfermedad de Parkinson idiopática. En pacientes que la sufren antes de ser medicados, en un porcentaje relativamente bajo pero significativo de los casos, se observa acatisia. Los pacientes están inquietos, no pueden quedarse en un solo lugar, caminan, se levantan se sientan; y esto se acompaña de una sensación de inquietud a nivel subjetivo. No están medicados sino que tienen una depleción patológica de su sistema dopaminérgico. Un fenómeno más interesante aún es el que se observa en pacientes parkinsonianos bajo tratamiento con L-Dopa, que presentan fluctuaciones en el rendimiento terapéutico. Dada la corta vida media de la Levo-dopa hacen variaciones en su estado neurológico, con momentos en los que tienen una buena efectividad terapéutica con reducción de la sintomatología motora y se encuentran anímicamente bien, y momentos en los que desaparece el efecto benéfico de la medicación y reaparecen los trastornos motores, y allí aparecen concomitantemente una serie de trastornos conductuales que van desde la aparición de fenómenos acatísicos, agitación y crisis de pánico hasta depresión fluctuante.

**Vertex:** *En el tratamiento con neurolépticos ¿cuál es el tiempo necesario de "wash-out" para una negatización de la sintomatología parkinsoniana?*

**Gershanik:** Para el parkinsonismo medicamentoso por lo menos un año y para la disquinesia tardía por lo menos cinco años.

**Vertex:** *¿Cuáles serían sus recomendaciones en el tratamiento a largo plazo de la esquizofrenia?*

**Gershanik:** El primer criterio a tener en cuenta no es tanto cómo se debe tratar un esquizofrénico para evitar que tenga una disquinesia tardía, que es un problema bastante grande, sino que uno debe tratar solamente aquel paciente que necesita ser tratado, y esto, que parece una tontería es muy importante. Porque en la población que concurre a la consulta por movimientos anormales, vemos que un gran porcentaje de aquellos pacientes que son portadores de una disquinesia tardía, son pacientes con un error de diagnóstico psiquiátrico y por ende con una errónea indicación del neuroléptico o por lo menos, que podrían haber sido tratados con otras herramientas terapéuticas: continencia psicoterapéutica, sedación con drogas no neurolépticas etc. El primer gran factor, de prevención de las disquinesias tardías a mi entender, es el correcto diagnóstico psiquiátrico y la utilización de los neurolépticos cuando éstos estén absolutamente indicados. Por otra parte, llegado el caso, utilizar neurolépticos con la menor potencia cataleptogénica posible. El segundo criterio es utilizar la dosis menor que provoque el máximo de beneficio. El tercer criterio es tratar, en lo posible, de no hacer combinaciones de múltiples neurolépticos; a veces es mucho más fácil manejar un paciente con un solo neuroléptico en la dosis que corresponda, que hacer una mezcla tratando de buscar un supuesto efecto mayor a través de menor dosis de cada uno. Finalmente, mantener el neuroléptico en tanto sea absolutamente necesario. Hay muchos pacientes que se mantienen medicados



por períodos prolongadísimos cuando en realidad tendrían que ser cuidadosamente privados del neuroleptico y manejados por otros medios. Más allá de esto no creo que exista ninguna técnica especial para evitar que el paciente tenga disquinesias tardías. Es tan complejo lo que interviene en su producción que, aun tomando todos los recaudos que he mencionado, hay un porcentaje de pacientes que igualmente las desarrollan.

**Vertex:** *Pensando en los colegas alejados de un centro especializado en el tratamiento de esta patología, ¿podría Ud. aconsejarles un algoritmo de tratamiento para la disquinesia tardía?*

**Gershnik:** Es muy difícil hacer un algoritmo. En primer lugar porque uno tiene que hacer un diagnóstico correcto del fenómeno que presenta el paciente. Nuevamente volvemos a que uno de los puntos fundamentales es el correcto diagnóstico. El otro punto fundamental para diseñar un algoritmo es decidir si el paciente puede prescindir del neuroleptico o no, porque según ello el tratamiento de la disquinesia tardía cambia totalmente.

Si al paciente puede quitársele el neuroleptico y se lo puede manejar con otras estrategias terapéuticas, el primer punto de ese algoritmo es no hacer nada, esperar semanas o incluso meses a ver si espontáneamente cede la disquinesia tardía, y no incorporar otro fármaco a menos que el grado de incomodidad o de disconfort que los síntomas produzcan en el paciente hagan necesario tratarlo sintomáticamente. Si el grado de disconfort es muy grande, uno puede ensayar terapéuticas sintomáticas, de segunda o tercera línea inicialmente. Me refiero a drogas como el Clonazepam, el Acido Valproico, o el Propoxifeno que a veces ayudan a disminuir los fenómenos más molestos, como las estereotipias o la acatisia. Si estas drogas no funcionan, uno recurre a drogas de primera línea, como la Reserpina o la Tetrabenacina que son las más específicas para el tratamiento de las disquinesias tardías, dado que producen una depleción de neurotransmisores. La Tetrabenacina produce un sub-bloqueo parcial postsináptico del receptor por un lado, y por el otro inhibe los mecanismos presinápticos de la disquinesia tardía y evita el efecto postsináptico del fenómeno motor. Este puede ser un tratamiento que sea necesario mantener durante muchos años antes de considerar al paciente como curado. La disquinesia tardía puede durar hasta 5 años y en algunos pacientes puede llegar a ser irreversible.

En la otra vertiente del algoritmo está el paciente que no puede dejar de tomar el neuroleptico y no puede optar por uno de menor potencia cataleptogénica. En éstos se puede optar por un neuroleptico atípico como la Clozapina, aunque teniendo en cuenta que en muchos casos cuando se suplanta el neuroleptico típico por Clozapina, la disquinesia tardía puede empeorar. Hay dos formas de interpretar este empeoramiento: una es que en la medida que la Clozapina no tiene las características bloqueantes que tiene el neuroleptico típico, el empeoramiento de la disquinesia tardía es exactamente el mismo que si suprimiésemos el neuroleptico sin darle nada a cambio; y ya sabemos que cuando suspendemos el neuroleptico los fenómenos motores de la disquinesia tardía pueden

hacerse notorios o empeorar transitoriamente. La otra, es que la Clozapina por su mecanismo peculiar de acción a nivel receptorial, tenga algún efecto, *per se*, de agravamiento sobre la disquinesia tardía. Pero siempre ese agravamiento es transitorio, inclusive al aumentar la dosis de Clozapina uno logra a veces atenuar el fenómeno de disquinesia tardía. Lo que se tiene que tener en cuenta es que es mejor que el paciente tenga un agravamiento transitorio pero haber sentado las bases para una curación a largo término, ya que, si mantenemos la administración de un neuroleptico convencional a un paciente que tiene disquinesia tardía, el mecanismo fisiopatológico de ésta va a persistir. Al paciente que no podemos darle un neuroleptico atípico o uno típico de menor potencia cataleptogénica, uno puede eventualmente cambiarlo a drogas complementarias del mismo tipo que mencioné antes: Clonazepam, Acido Valproico, Propoxifeno o Baclofén para tratar de modificar el fenómeno. Incluso en algunos pacientes hemos utilizado neurolepticos combinados con Tetrabenacina, en la medida que la Tetrabenacina tiene un efecto sedante y se quiera reemplazar en parte la necesidad de altas dosis de neurolepticos.

**Vertex:** *¿Cuál es la explicación de la diferente susceptibilidad para presentar disquinesias tardías? ¿cómo pueden aparecer después de un año de finalizado el tratamiento?*

**Gershnik:** Se han hecho interpretaciones acerca de posibles terrenos predisponentes para el desarrollo de la disquinesia tardía que no es lo mismo que decir que hay una base genética.

Algunos trataron de verificar si determinadas patologías psiquiátricas tienen una predisposición mayor que otras a desarrollar disquinesias tardías; hay autores que estudiaron trastornos de tipo esquizofrénico vs. trastornos afectivos o trastorno bipolar vs. Esquizofrenia en relación a la aparición de disquinesias tardías. Nadie ha podido documentar fehacientemente que exista una mayor prevalencia en un tipo de enfermedad psiquiátrica que en otra y quizás dependa un poco de la edad del paciente, del sexo y de la dosis de neuroleptico que se utiliza según cada patología. Que existen terrenos predispuestos para desarrollar disquinesias tardías no hay ninguna duda; se da mucho más en personas mayores que en jóvenes; se da mucho más en personas que tienen una base orgánica o patología orgánica cerebral que en los que no la tienen; se da más en mujeres que en hombres. Respecto de esto último se supone que puede tener que ver o con factores hormonales o con la utilización de dosis mayores en relación al peso proporcional del paciente.

**Vertex:** *El tratamiento prolongado con neurolepticos, ¿puede producir una alteración genómica?*

**Gershnik:** Uno de los aportes más importantes que la biología ha hecho a la interpretación de los fenómenos motores inducidos por drogas bloqueantes dopaminérgicas es la interpretación molecular y genética de los mismos. No solamente estamos produciendo un efecto puntual a nivel del receptor, sino que estamos produciendo modificaciones en los mecanismos genéticos intracelulares, porque, entre otras cosas, producimos activación de los que se llaman genes inter-

mediarios precoces (que son señales internas de transducción intracelular) que se activan y modifican la codificación genética de determinado mensajero.

Hay un sinnúmero de siglas que identifican estos genes intermediarios precoces, que se sabe que se modifican a nivel endocelular cuando uno administra un neuroléptico; por otro lado sabemos que se modifica también el RNA mensajero que codifica la síntesis de receptores dopaminérgicos y que codifica la síntesis de otras señales intracelulares. Todas estas modificaciones en los genes intermediarios precoces, en el RNA mensajero y en todo otro tipo de señal intracelular, son modificaciones persistentes en el tiempo, no son modificaciones fásicas, inmediatas, que aparecen y desaparecen ni bien nosotros quitamos el agente farmacológico, sino que persisten en el tiempo y provocan modificaciones a largo plazo. Uno puede interpretar perfectamente que estas modificaciones a nivel de la maquinaria genética que persisten en el tiempo, pueden provocar cambios en la conducta motora del individuo mucho tiempo después de haber sido suspendido el fármaco.

**Vertex:** Sabemos que Ud. está trabajando en forma experimental con Clozapina. ¿Podría comentarnos algo al respecto?

**Gershanik:** No es a nivel experimental, es en torno a aplicaciones no convencionales de Clozapina, que sería una forma más precisa de decirlo.

En muchos centros de investigación se están realizando estudios similares. En primer lugar la Clozapina es utilizada para el tratamiento de los fenómenos psiquiátricos inducidos por las drogas antiparkinsonianas dopaminomiméticas. En estos cuadros es considerada la droga de primera elección, aun cuando todavía existen muchas dudas acerca del mecanismo por el cual mejora los fenómenos psiquiátricos inducidos por drogas simpaticomiméticas sin bloquear los efectos benéficos de la acción simpaticomimética.

El otro uso, que sí es el no convencional, más experimental, es como droga "antiparkinsoniana" entre comillas. Desde las primeras observaciones de los beneficios de la Clozapina en el tratamiento de las psicosis dopaminomiméticas, hubo reportes anecdóticos acerca de la observación de mejorías clínicas motoras en los pacientes parkinsonianos que reciben Clozapina. No solamente no empeoraban con ella sino que en algunos casos mejoraban. Mejoraban algunas cosas difíciles de describir; mejoraba cierta marcha, la continencia urinaria, en algunos casos mejoraba la severidad del temblor y los signos clásicos. A raíz de esto hicimos una observación piloto con una cantidad relativamente pequeña de pacientes que tenían una peculiaridad en su respuesta clínica a la L-Dopa que es que por momentos, en los que se les agotaba el efecto de la L-Dopa, se encontraban peor desde el punto de vista motor que lo que se encontraban a primera hora de la mañana cuando llevaban varias horas sin tomar la medicación. Fenómeno que está descrito y que se denomina fenómeno *super-off* y que se supone que está dado por el efecto de niveles plasmáticos insuficientes de levodopa. La respuesta antiparkinsoniana es en estos pacientes una respuesta fluctuante tipo todo o nada. O sea, no es que dando una pequeña dosis se obtiene un beneficio pequeño,

sino que el paciente tiene un umbral de beneficio, y que si no se supera ese umbral no hay respuesta terapéutica. Luego de ese umbral la respuesta terapéutica es siempre la misma. Cuando los niveles plasmáticos son inferiores a los requeridos para alcanzar ese umbral, y producir la respuesta todo o nada, en lugar de no tener beneficio, hay un perjuicio. El paciente empeora. Es lo que a dado en llamarse, "Fenómeno Inhibitorio de la Levo-Dopa a bajas dosis". Es un fenómeno que se ve mejor con los agonistas dopaminérgicos. Cuando uno empieza un tratamiento con bajas dosis de agonistas dopaminérgicos el paciente a veces presenta empeoramiento. Han habido varias hipótesis para explicar porqué hay empeoramiento a bajas dosis de agonistas o a bajos niveles plasmáticos de L-Dopa, algunos la interpretan como un efecto meramente presináptico, es decir con receptores presinápticos que tienen una afinidad mayor, responden a niveles menores de concentración de droga, y por lo tanto inhiben la liberación y el disparo neuronal. Sin embargo, es difícil interpretar el fenómeno presináptico como un fenómeno predominante en el paciente parkinsoniano, en la medida que sabemos que el Parkinson es una enfermedad presináptica, donde se ha perdido prácticamente del 80 al 90% de las terminales presinápticas.

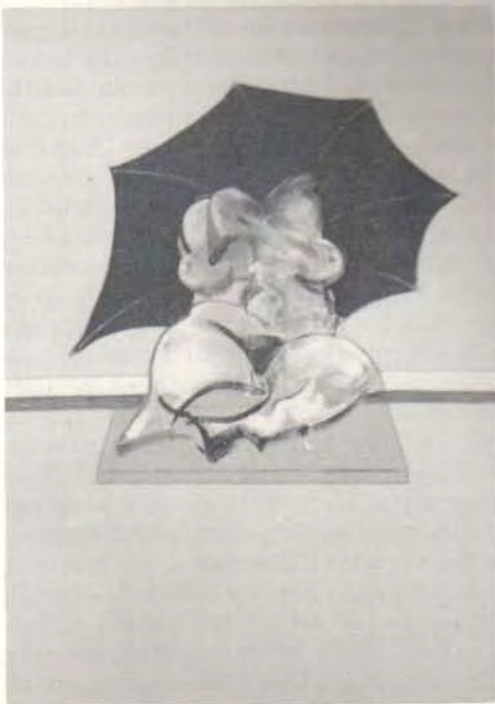
Por otro lado, hemos hecho experimentos en nuestro laboratorio de investigación básica, en modelos animales donde no existe posibilidad de este efecto presináptico, y este fenómeno de inhibición motora por bajas dosis o por bajos niveles de estimulación, persiste. O sea que debe haber algo más que el efecto inhibitorio de la liberación en el disparo neuronal por el estímulo presináptico. Una hipótesis es que existen receptores postsinápticos tanto estimulatorios como inhibitorios. Los receptores estimulatorios responderían a altos niveles en biofase, mientras que los receptores inhibitorios, responderían a más bajas dosis. Justamente es ahí donde vemos una diferencia enorme entre la Clozapina y los antagonistas dopaminérgicos convencionales con efecto D1 y D2. Los antagonistas convencionales no solamente bloquean el efecto inhibitorio de las bajas dosis, sino que también bloquean el efecto estimulatorio de las altas dosis. La Clozapina tiene un efecto totalmente diferente, ya que bloquea el estímulo inhibitorio y potencia el estimulatorio. Hay muchos que han tratado de explicar sus efectos benéficos por el antagonismo serotoninérgico; de hecho hay toda una serie de líneas de investigación y fármacos que han salido al mercado como tratando de reproducir el perfil farmacológico de la Clozapina agregando un potente efecto serotoninérgico. Sin embargo ninguno ha podido reproducir el perfil de la Clozapina libre de efectos parkinsonígenos, y en nuestro modelo de experimentación animal los antagonistas serotoninérgicos ni se comportan como un bloqueante dopaminérgico D2 típico, ni se comportan como la Clozapina. O sea que bloquean toda la respuesta, no importa el nivel de estimulación dopaminérgica del cual se trate. Y el efecto de la Clozapina va más allá del hecho de que sea una droga útil para el tratamiento de la psicosis dopaminomimética. Por eso nos parece una interesante herramienta para interpretar los fenómenos motores que se dan en la terapéutica parkinsoniana ■

III C

onferencia  
internacional  
sobre

ESQUIZOFRENIA

VANCOUVER - 1994



S. Parizot, M. Réca, A. Tapp, T. Trémine\*

**E**n Europa, como en Norteamérica, se ha lanzado el desafío sobre la "multifactorialidad", la "complejidad" de las enfermedades mentales, en particular de la esquizofrenia. Sin embargo, existen siempre importantes diferencias de focalización de los problemas entre la psiquiatría francesa (¿podríamos decir latina?) y la psiquiatría "anglosajona".

En la actualidad parecen abundar, en los Estados Unidos, en Canadá, en Inglaterra, trabajos serios para enumerar y jerarquizar a estos multifactores, pero éstos siguen siendo casi exclusivamente neurobiológicos. La presentación más ilustrativa a este respecto fue la de los londinenses R.M. Murray y P. W. R. Wo-

odruff quienes hicieron una brillante síntesis de los datos actuales acerca de "la etiología de la esquizofrenia".

La plurifactorialidad de conjunto, incluyendo psicopatología, datos psicogenéticos (y sociogenéticos) y neuropatología, se evoca apenas, está casi ausente: ¿caso se la niega, se la aísla...?

En las comunicaciones se habló poco de los "esquizofrénicos" y mucho de las esquizofrenias y de los cerebros; pero una escucha menos crítica del pragmatismo de los anglosajones, con la noción omnipresente del "usuario", nos plantea una descentralización conceptual quizás más operante que ciertas teorías sofisticadas sobre el lugar del Sujeto.

S. Parizot

#### La desinstitucionalización norteamericana

L. Leona Bachrach

La posición de Leona Bachrach es particularmente instructiva para los franceses "institucionales", atrapados hoy en día en la conjunción de los imperativos ideológicos y económicos... La ex defensora del cierre de los hospitales norteamericanos, proclama, desde hace algunos años, su resultado peyorativo.

Así (traducción de S.P.): "Las estadísticas no publicadas del NIMH estiman en unos 2,5 millones el número de personas que padecen enfermedades mentales de largo plazo en los Estados Unidos. Con sólo 101.000 internados presentes en los hospitales estatales, se puede considerar que se trata del 4% de ellos. Entre los del 96% restante, hay una importante cantidad de personas que no podemos localizar; probablemente muchas de ellas se hallan en una gran depresión y necesitan ayuda desesperadamente".

L. Bachrach analiza las causas de esta situación, en la que las alternativas maravillosas que se prometían no tomaron el relevo del Hospital; no subestima los factores financieros pero acusa formalmente a la opinión pública y profesional de haber sido "irrealistas", de haber "negado", de haber "preferido los pacientes con iniciativa suficiente para hallar la atención que les era necesaria; mientras que el sistema parece haber tenido problemas con los que son menos funcionales o menos combativos a causa de sus trastornos o falta de motivación".

"...Una parte de las dificultades debería atribuirse probablemente al optimismo y a la precipitación con las que se llevó a cabo en un principio la desinstitucionalización. Su primeros defensores estaban tan convencidos de los poderes curativos de la atención en la comunidad que a veces prefirieron subestimar, a la vez, la gravedad y la cronicidad, que son las características básicas de las enfermedades mentales de largo plazo. En verdad fueron a veces tan expansivos

en su optimismo que prefirieron pensar en términos de "salud mental", e ignorar efectivamente la existencia de la "enfermedad mental"... Los vocablos como clínica u hospital fueron desterrados, por ser demasiado pesimistas".

También lamenta la ausencia, en los Estados Unidos (sin aplaudir como debería, no obstante, a la política sectorial francesa!) de una concepción y de una práctica "integrada" de los servicios necesarios para atender y ayudar a los pacientes.

Finalmente, aun deplorando que la experiencia de la apertura, de la desinstitucionalización se encuentre en un punto sin retorno, reconoce que permite pensar mejor ahora en las necesidades, en particular que "cada uno es una persona que necesita un programa especializado y tratamiento individualizado".

En síntesis, se dijo en Vancouver que los esquizofrénicos no son sólo cerebros...

S.P.arizot

\* Los comentarios y selección de Resúmenes de trabajos presentados en Vancouver que se incluyen aquí fueron publicados recientemente en L'Information Psychiatrique y cedidos en forma exclusiva para su publicación en español en Vertex.

**Tratamiento del síndrome de la puerta giratoria: una perspectiva fármaco-económica**

W. M. Glazem, L. Ereshevsky,  
Univ. de Yale, Connecticut.

Los autores presentan, con este título inhabitual, un árbol decisional que abarca en este tipo de patologías (¿esquizofrénicas?) tres tratamientos posibles: neurolepticos clásicos por vía oral, neurolepticos atípicos y NAP. Insisten en que la evaluación final debe hacerse siguiendo tres ejes: devenir del paciente, calidad de vida, costos directos, y que de ahora en más, deben tomarse en cuenta estas dos últimas dimensiones, calidad de vida y exigencias económicas. ¿Con la misma importancia?

T. Trémine

**Neurolepticos de acción prolongada (NAP)**

G. R. Remington, M.E. Adams

Revisión de la literatura. Nada demasiado nuevo. Parece que los norteamericanos y canadienses prescriben menos NAP que los franceses (y ellos menos que los ingleses).

Los estudios de farmacocinética a los que son tan afectos son, por ende, menos importantes. Es una pena, pues las ventajas terapéuticas dadas para los productos equivalentes pero no NAP no son extrapolables, a causa de las diferencias farmacocinéticas entre los NAP y los neurolepticos "cotidianos".

M. Réca

**Programa educativo y de acompañamiento en Salud Mental**

(Continuación de la primera conferencia de Vancouver en 1990 sobre la esquizofrenia, por iniciativa de la British Columbia Schizophrenia Society y del ministerio regional de Salud)

Este programa abarca numerosos aspectos desgranados a lo largo de simposios, comunicaciones, y posters. Citaremos por ejemplo, el poster en el que se presenta la realización de un video para uso de to-

dos aquellos que quieran informarse sobre la esquizofrenia, o que están implicados de alguna manera con esta patología: médicos, enfermeros, trabajadores sociales, asistentes sociales, estudiantes, magistrados, etc.

El video se llama: "Esquizofrenia, uno de cien".

Numerosas comunicaciones, esencialmente canadienses, tratan sobre la rehabilitación psicosocial. Hallamos a menudo los siguientes términos: acompañamiento (con el público, los pacientes, las familias), clientes o consumidores, ha-

bilidades sociales, confianza en sí mismo, calidad de vida, programa (programa gubernamental, de rehabilitación, educativo, de entrenamiento cognitivo, de entrenamiento para las respuestas socio-emocionales, etc.), estrategias de apoyo comunitario, autoayuda, afrontamiento (*coping*), evaluación. En un poster presentado por W.J. Muller-Clemm, de la Universidad de Victoria, la palabra programa figura diez veces en veinte líneas! Palabra clave esencial, pues...

T. Trémine

**Aprendizaje de las competencias en enfermos mentales graves**

Dr. R. Liberman

**Programa de competencias sociales y de vida autónoma**

El tratamiento "a la norteamericana" para la readaptación del esquizofrénico, lo sabemos, se basa

en un principio teórico sobre esta enfermedad: el déficit cognitivo y la incapacidad para tratar nuevas adquisiciones; en un modelo psíquico: el comportamentalismo; y finalmente, en un principio ideológico: el pragmatismo.

El ahorro de una psicopatología, también lo sabemos, es lo que parece dominar este abordaje clínico. Con la comunicación del

doctor Liberman, lo confirmamos otra vez y nos enteramos de que esto se ha vuelto la aptitud técnica esencial que se les pide a los terapeutas.

El objetivo es claro (lo cual es una ventaja): dar a los pacientes la información necesaria para que adquieran un conocimiento específico, una aptitud, una competencia.

Éstas se referirán sobre todo a los obstáculos contra la independencia propios al "déficit" esquizofrénico: por ejemplo, la autogestión de los medicamentos, la higiene personal, el saber actuar ante los síntomas (o a pesar de ellos), organizar el tiempo libre, perfeccionar el funcionamiento instrumental en sociedad (enviar una carta, abrir una cuenta bancaria, etc.).

El método es psicoeducativo. Una especie de clase de adaptación. Cuenta con el beneficio de las reglas tradicionales de educación más que con técnicas modernas; a saber: el entrenamiento y la repetición.

El método se acompaña de una tecnología educativa, ella sí moderna: secuencias de video, grabaciones audiovisuales, transparencias, diapositivas... *e tutti gli fiocchi*.

Este abordaje terapéutico habría sido probado ya y varios trabajos (los más importantes: los de Wallace y de Liberman) demuestran una disminución de las recaídas y de las reinternaciones, una mejoría en el funcionamiento social y una reducción del estrés y de la aflicción familiar.

#### Módulos de entrenamiento

Se compra el paquete: el libro del profesor, el cuaderno del paciente, las demostraciones filmadas en video y la guía del usuario.

El libro del profesor especifica lo que hay que decir y hacer para enseñar esta aptitud; el cuaderno del paciente incluye lecturas conexas, ejercicios con tests de autoevaluación y deberes.

Por fin, la guía del usuario provee de la asistencia técnica necesaria para aquéllos que llevan adelante estos módulos (enfermero, psicólogo, psiquiatra o asistente social).

Cada módulo está dividido en sectores, tratados de la misma manera. Y esto es importante. Por ejemplo, el módulo "Gestión de los medicamentos" se compone de cinco áreas:

1. reconocimiento de los efectos benéficos de los antipsicóticos;
2. reconocimiento de los efectos secundarios;
3. control de estos efectos adversos;

4. interacción con los pacientes a propósito de los medicamentos;
5. reconocimiento de las virtudes de la inyección de depósito.

Todo esto transcurre en siete lecciones:

- Una primera actividad introductoria que describe el módulo, el área (el capítulo) y el material, así como los resultados obtenidos por los que le siguen;

- El instructor muestra, en una segunda lección, una situación modelo en video del sector tratado. Esta proyección se hace con frecuentes pausas que permiten explicar de manera interactiva la escena;

- La tercera lección es una dramatización. La escena interpretada es la que se propone en el video;

- La cuarta lección se centrará en la reflexión y la reconstrucción en grupo de las maneras de conducir esta acción en el exterior. Se explotarán sobre todo los recursos adquiridos. Las preguntas y respuestas anticipadas se hallan en el libro del profesor;

- La quinta lección está dedicada a la concepción de imponderables y a la manera en que se pueden afrontar estos obstáculos;

- Sexta lección: se trata de ejercicios *in vivo*, asistidos por el instructor;

- Finalmente, la última actividad se centra en los trabajos prácticos en la realidad.

El entrenamiento es más eficaz si lo conduce un solo instructor, siempre el mismo; si el grupo es como mínimo de cuatro participantes y como máximo de ocho; y si el ritmo de las clases es de tres veces por semana y su duración de una hora a una hora y media cada una. El lugar más apropiado parece ser una estructura de tipo hospital de día o clínica especializada.

En el momento de la evaluación, el aprendizaje de las competencias para esquizofrénicos resultó posible, durable (al menos durante seis meses, con la condición de que su entorno -médico y familiar- lo sostuviera y lo reforzara y que no faltaran los momentos de utilización general.

En efecto, los pacientes que utilizaron este entrenamiento informan de un uso mucho más amplio y muestran marcas más elevadas en las escalas de adaptación

social y de calidad de vida (escala de Lehman, 1983). Los tres módulos que aseguran con mayor frecuencia este tipo de resultados son: la preparación de las comidas, la gestión del dinero y la búsqueda de empleo.

#### Comentarios

Para alcanzar el éxito en tales programas, es menester que los intervinientes estén especialmente formados y sobre todo convencidos del interés de este tipo de enfoque. Otros abordajes no deben interferir. Por ejemplo, ante un obstáculo con tentativa de renuncia, o apragmatismo, la comprensión empática no debe introducirse y se la reemplazará por el aliento, el *feedback* positivo.

Esto aparece entonces como verdaderamente diferente para nuestro espíritu y nuestra sensibilidad clínica.

Ahora bien, podríamos decir que estos programas no están tan alejados de lo que nosotros hacemos ya a través del acompañamiento que proponemos a nuestros paciente con acciones en el exterior y en lo cotidiano, a través de ciertas actividades terapéuticas y nuestros sistemas de protección (en particular la curatela). Todo esto mezclado con el encanto del sistema francés de atención y el respeto por el sujeto.

Podemos entonces rechazar sin temor ni piedad, como Paul Valéry, estas recetas norteamericanas de la felicidad.

Sin embargo, podríamos, en una actitud menos apasionada, reflexionar sobre el eventual interés de introducir semejante técnica, sistematizada y evaluable, en el ejercicio de ciertas actividades terapéuticas ya existentes o por crearse.

¿Por qué no dar un lugar, más o menos amplio, más o menos reducido, al abordaje psicoeducativo en nuestras unidades de atención?

Algunos esquizofrénicos, o un aspecto de la complejidad esquizofrénica o de lo que se interpreta hoy día como comorbilidad (ansiedad, depresión, fobias del esquizofrénico) podrían, tal vez, sacar de esto un beneficio.

M. Réca

# *F*actores sociales Y ESQUIZOFRENIA

RESEÑA SOBRE EL 148º CONGRESO DE LA  
AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION  
MIAMI, 20-25 DE MAYO DE 1995

**Patrick Bantman**

Médico Psiquiatra. Jefe de Servicio, "Les Murets", Francia.



La American Psychiatric Association organiza cada año un Congreso que reúne un promedio de 10.000 a 15.000 psiquiatras (el 80% de los psiquiatras norteamericanos están afiliados a la APA). De esta manera, más allá de su edad, centros de interés u origen sindical, el congreso de la APA es un paso obligado para muchos psiquiatras norteamericanos. Después de Filadelfia el año pasado, cuyas comunicaciones trataban esencialmente el tema de los trastornos del humor, se eligió este año a Miami. La ciudad de Miami, con más de 2 millones de habitantes, se ha convertido en una capital internacional, económica y centro de modelos y fotógrafos. La ciudad cuenta con unos 350.000 cubanos, más un respetable número de mejicanos y de inmigrantes de América Central. En todas partes se oye hablar en español.

La elección de esta ciudad no podría ser mejor para abordar el período de cambio profundo que atraviesa hoy día la psiquiatría en el continente norteamericano.

El Congreso de la APA, el número 148, se reunió este año alrededor del tema "*Encompassing Diversity-Demanding Equity*". El Centro del Congreso (*Convention Center*) acogió, durante seis días, a esta gran muchedumbre, con una organización impresionante por su perfección. Frente a las puertas del mismo, había un grupo de manifestantes que protestaban con sus carteles contra los "peligros del Prozac", y contra la TEC (terapia con electro choque). En el interior se veían los stands de los laboratorios farmacéuticos, de las editoriales, de las muchas instituciones psiquiátricas privadas que proponen sus servicios, de la fundación norteamericana contra el suicidio, de los trastornos obsesivo-compulsivos, de los psiquiatras homosexuales y muchas otras que presentan sus actividades: asociaciones confesionales, profesionales de la psiquiatría, pacientes, etc.

Como cada año, el programa de esta inmensa feria psiquiátrica fue abundante y variado: 120 simposios, 130 talleres, más de cincuenta sesiones de trabajos libres, más de treinta excelentes conferencias plenarios, cursos pagos, películas...

Quince mil participantes para

casi 50.000 psiquiatras norteamericanos es un muy buen promedio. La participación en las reuniones de la Asociación Europea es netamente inferior. A la psiquiatría de la vieja Europa, a pesar de su formidable potencial intelectual y profesional, su larga historia, sus tradiciones y la riqueza de su diversidad le cuesta mucho competir con la APA.

El tema del Congreso de este año concernía al lugar de los problemas sociales en el abordaje psiquiátrico. Se trataba de comprender mejor la diversidad de las prácticas y los aspectos éticos así como el acceso a la atención por parte de las poblaciones asistidas o transculturales. En este Congreso ocupó un sitio importante la consideración de los aspectos económicos y étnicos.

En los últimos veinte años se operaron cambios importantes en el plano económico y otros. Las consecuencias de la crisis económica influyeron en gran medida, en los EE.UU., en los procesos de desinstitucionalización y en el aumento del índice de pobreza. Luego de la expansión de los años '60, marcados por el gran número de investigaciones sobre las interacciones entre esquizofrenia y factores socioeconómicos, se produce un claro decaimiento a partir de los años '90 (las publicaciones pasaron de 272 a 97).

Por otro lado, los aspectos biológicos de la psiquiatría motivaban numerosas investigaciones en la misma época. No debemos olvidar en esta evolución, "*el managed care*", expresión de la voluntad de la administración de limitar los gastos de salud. En EE.UU., hay cerca de 50 millones de personas que no poseen ninguna cobertura social. Esto afecta sobre todo a los grupos pluri-étnicos (hispanos, portorriqueños...).

Desde hace poco tiempo se ha renovado el interés por las investigaciones sobre los aspectos sociales de la psiquiatría. Las investigaciones muestran la enorme importancia del contexto social en la esquizofrenia. Se pueden describir tres modalidades de interacciones de los fenómenos:

- Acumulativos, en donde los efectos de la esquizofrenia se ven amplificados por el problema de la pobreza, conservando la independencia entre ellos.

- Interactivo, en donde los efectos se agregan y agravan el riesgo esquizofrénico.

- Mutua transformación de los aspectos patológicos y sociales de modo dialéctico.

A partir del momento en que las estadísticas nacionales muestran disparidades significativas de admisión, en función de grupos étnicos relacionadas con el nivel socioeconómico y el estatus de las minorías, se ve también que las presiones y las fuerzas "discretas" en diferentes grupos culturales pueden afectar la descompensación y la recaída en las personas vulnerables.

Se presentaron así distintos servicios de asistencia en materia de enfermedad mental, en función de los contextos de intervención étnica. Una de las presentaciones describe un programa de atención en la comunidad para enfermos mentales, basado en siete equipos comunitarios adaptados para intervenir en una área de pobreza multicultural, con servicios que pueden responder a las necesidades individuales o comunitarias. La evaluación de dichos programas demuestra su importancia e interés, con un índice de frecuentación por parte de las minorías étnicas de un 80%.

Lo que asombra es el contraste entre las formas del pensamiento americano y el europeo, uno guiado por un pragmatismo audaz pero sin mucha distancia, el otro, a menudo crítico, pero a veces limitado por el peso de su propia historia. Sin embargo, estas consideraciones pueden reverse a la luz de la toma de conciencia de los efectos del proceso de desinstitucionalización en los EE.UU., y de la necesidad de hacerse cargo de pacientes esquizofrénicos en la comunidad. Las conceptualizaciones respecto del impacto de la clase social en la vida cotidiana de los pacientes esquizofrénicos siguen siendo rudimentarias, hasta hoy, en los EE.UU. El Congreso de Miami fue la oportunidad de recordar los frecuentes estados psicóticos en los "*homeless*". Este Congreso marca así el regreso a consideraciones más sociales sobre los problemas de pobreza, de comorbilidad, lejos de un pensamiento imperialista sobre "el fin de la esquizofrenia" ■



## Memento...

A fin de completar la información del presente Dossier se reproduce a continuación una selección de resúmenes de trabajos presentados al Congreso de la A.P.A., realizada por las Dras. Gabriela Silvia Jufe e Irene Elenitza

### Terapia familiar para la esquizofrenia: resultado a dos años de tratamiento

Eugenia Randolph, Ph. D., *Research VA Medical Center, 11301 Wilshire Blvd., B151J, Los Angeles, CA 90073*; Shirley M. Glynn, Ph. D., Spencer Eth, M. D., George G. Paz, M. D., Gregory B. Leong, M. D., Andrew L. Shanner, M. D.

**Objetivos educacionales:** Reconocer los componentes básicos del manejo del comportamiento familiar (BFM); comprender algunos efectos positivos del BFM que se mantienen luego de la finalización. Anteriormente comunicamos un estudio controlado de pacientes esquizofrénicos asignados al azar al

manejo del comportamiento familiar (BFM, N=21) durante el cuidado cotidiano o librado al cuidado cotidiano (CC, N=20) solamente. Demostramos que el BFM reducía significativamente las exacerbaciones sintomáticas durante el primer año en que la intervención tenía lugar (Randolph et al., 1994). Dado que este es un tratamiento conductual basado en la formación de habilidades, surge una pregunta crítica (aunque no contestada) acerca de si los beneficios de esta intervención se mantienen al finalizar el tratamiento. En este trabajo se examinan los beneficios del BFM durante un seguimiento a dos años del fin de la intervención. Los resultados muestran que los efec-

tos de ese tratamiento se mantienen en ese período. Sólo uno (5%) de los pacientes de este grupo tuvo una exacerbación psicótica mayor durando dos a más semanas, comparado con seis (43%) del grupo CC ( $p<.03$ ). Además, los pacientes con BFM mostraron un significativo mejoramiento en varios dominios de funcionamiento social ( $p<.05$ ). Sin embargo, los pacientes con BFM no mostraron una reducción significativa en las exacerbaciones psicóticas menores transitorias. Estos resultados indican que las habilidades adquiridas en el tratamiento de BFM siguen ofreciendo protección contra exacerbaciones prolongadas aun cuando no se continúe este tratamiento.

### Esquizofrenia: Depresión post hospitalaria y psicosis

Martin Harrow, Ph. D., *Psychiatry, University of Illinois, 912 South Wood Street, Chicago, IL 60612*; James R. Sands, Ph. D., Robert Faull, B. A., Nina D. Uziel, B. S., Kalman Kaplan, Ph. D., Marshall Silverstein, Ph. D.

**Objetivo:** Datos recientes indican que muchos esquizofrénicos experimentan depresión secundariamente durante el período post hospitalario. Las actuales investigaciones amplían búsquedas previas a nuestros estudios: *a.* cuán frecuentes son las depresiones secundarias años después de una fase aguda y *b.* qué factores han contribuido.

**Método:** 65 esquizofrénicos y grupos control de 36 esquizo-afectivos

y 30 pacientes bipolares fueron estudiados en fase aguda y seguidos en tres oportunidades a lo largo de los siguientes ocho años. Los pacientes fueron evaluados en relación a adaptación premórbida, rehospitalización, funcionamiento psico-social, síntomas depresivos y psicóticos post hospitalarios y tratamiento, usando entrevistas estandarizadas.

**Resultados:** 1. Los datos indican que más del 50% de esquizofrénicos son vulnerables a síntomas depresivos post hospitalarios; 2. Los esquizofrénicos que experimentaron depresión han tenido significativamente más psicosis post hospitalarias ( $p<0,5$ ). 3. Ha sido controlada la relación entre depresión post hospitalaria y psicosis sostenida a través del tiempo y al ser diagnosticadas. 4. Los esquizofrén-

nicos tratados con NL experimentaron significativamente más depresiones post hospitalarias ( $p<0,5$ ).

**Discusión:** Los resultados sustentan un modelo multifactorial. Los datos indicando una vinculación entre psicosis postaguda y depresión subsiguiente, sugieren factores comunes subyacentes a estos dos tipos de psicopatología. Los datos de funcionamiento premórbido no avalan antiguos modelos en los cuales los pacientes pre-esquizofrénicos con egos débiles no tienen significativos recursos para desarrollar una depresión. Los datos de 7,5 años de seguimiento avalan descubrimientos anteriores y sugieren que los NL interfieren con el sistema dopaminérgico mesolímbico, incrementando la anhedonia.

**Antipsicóticos atípicos:  
impacto sobre el  
incumplimiento  
con la medicación**

Barry D. Jones, M. D., *Royal Ottawa Hospital, 1145 Carling Avenue, Ottawa, Ontario K1Z7K4, Canadá*

Los antipsicóticos atípicos tienen menor tendencia a causar síntomas secundarios extrapiramidales y pueden mostrar mayor eficacia para los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia. Dado que los estudios sugieren que aproximadamente dos tercios de los pa-

cientes tratados con neurolépticos típicos van a rechazar la medicación, la disponibilidad de drogas atípicas puede mejorar la aceptación, dando por resultado una disminución en las recaídas y reinternaciones. La compleja naturaleza de las variables asociadas con la aceptación de la medicación en los pacientes esquizofrénicos hace difícil acceder al impacto que estas medicaciones tendrán sobre este fundamental problema. Basados en experiencias clínicas y de investigación con tres drogas, clozapina, risperidona y remoxipride, hipote-

tizamos que los factores de incumplimiento con la medicación pasarían de los efectos secundarios extrapiramidales a nuevos factores tales como el costo del tratamiento, una nueva variedad de efectos adversos y a la experiencia subjetiva de sentirse diferente a causa de una alteración psicopatológica. Esta última variable, contribuyendo a la falta de cumplimiento, puede estar entre los datos más significativos a ser tenidos en cuenta por el clínico a la hora de pasar un paciente del tratamiento anterior a uno nuevo con antipsicóticos atípicos.

**Influencias culturales  
en el incumplimiento  
con los neurolépticos**

Paul Michael Ramirez, Ph. D., *Psychology, Long Island University, 1 University Plaza, Brooklyn NY 11201*; Lewis A. Opler, Lourdes M. Dominguez, M. D., David Klahr, M.D.

La tasa de incumplimiento con los neurolépticos en pacientes psiquiátricos ambulatorios va del 25% a más del 50%. Los esquizofrénicos generalmente se ubican dentro de los porcentajes más elevados. Si bien numerosas, las causas citadas más comunes suelen

ser las actitudes negativas hacia el tratamiento, efectos adversos disforicos por los neurolépticos (por ejemplo, síntomas extrapiramidales), dificultades en la visión, disfunciones cognitivas, y falta de involucramiento de las familias en el proceso terapéutico. Dado que las causas de incumplimiento son frecuentemente multifactoriales por naturaleza, es común que sea difícil determinar qué factores específicos contribuyen más significativamente en cada paciente a este rechazo de la medicación. La influencia de esos factores en la tasa de cumplimiento se entrecruza con actitudes y creencias cultura-

les que muchas veces son obviadas en el diagnóstico y en el proceso terapéutico. Este trabajo discute la naturaleza multifactorial del rechazo de los neurolépticos desde una perspectiva transcultural, proponiendo aproximaciones terapéuticas sensibles a los aspectos culturales para mejorar el cumplimiento. Además, son consideradas las opciones futuras tendientes a lograr una mayor aceptación de los neurolépticos en distintos grupos poblacionales, teniendo en cuenta la influencia cultural, el abuso de sustancia por género y las variaciones étnicas en la respuesta a la farmacoterapia.

**Resultados heterogéneos  
en Esquizofrenia**

Eve C. Johnstone, M. D., *Department of Psychiatry, Edinburgh Univ., Royal Edinburgh Hospital, Edinburgh EH10, Scotland*; David G. Owens, M. D.

La heterogeneidad en la esquizofrenia está muy bien establecida. Seguidos conducidos a lo largo de tiempos medios de siete años en grupos de más de 500 pacientes mostraron amplias fluctuaciones

de resultados en términos de sintomatología, necesidad de próxima hospitalización, empleo, parámetros diversos de funcionamiento social y bienestar físico. Fueron considerados los correlatos de rigurosos resultados sintomáticos y éstos han mostrado muy buen resultado (escala 0 tanto en síntomas positivos como negativos) asociado con elevados logros académicos y educacionales, sexo femenino, historia familiar extensa de desórdenes psiquiátricos. Re-

sultados deficientes fueron asociados a sexo masculino y con ausencia de historia familiar, basada en carencia de información por parte de la familia. Las familias se caracterizaban por fenómenos de fragmentación, separación y muerte temprana. Estos descubrimientos están relacionados con un estudio anterior en el cual los resultados poco alentadores estaban asociados con ingresos tardíos al tratamiento, posible consecuencia de limitado compromiso familiar.

### Farmacoterapia del primer episodio, pacientes agudos y refractarios

Jeffrey A. Lieberman, M. D.,  
*Research Hillside Hosp., L. I. Jewish  
Medical Center, P. O. Box 38, Glen  
Oaks, NY 11004-0038.*

El tratamiento de pacientes psicóticos en su primer episodio, presenta singulares problemas a los psiquiatras. El diagnóstico debe ser establecido sin el beneficio de una extensa historia previa. Tampoco hay historia previa de respuesta al tratamiento, incluyendo vulnerabilidad a los efectos adversos de la medicación, y en muchos casos los pacientes probablemente estuvieron enfermos por períodos sustanciales de tiempo previo a su presentación al tratamiento, requiriendo así prolongados períodos para su recuperación. La selección sobre cuál droga AP y a qué

dosis, más la decisión de usar medicación antiparkinsoniana en forma profiláctica, son también áreas en las cuales los criterios no están aún bien establecidos. Hubo un número de estudios de primer episodio en psicosis descritos en la literatura. De todos modos, muchos de éstos no implicaron tratamiento controlado en forma estandarizada. Hemos estudiado 150 pacientes esquizofrénicos o el desorden esquizoafectivo en su primer episodio y vírgenes de medicación. Los pacientes fueron indagados en su primer admisión hospitalaria y evaluados con una variedad de instrumentos para psicopatología, estado neurológico y parámetros biológicos de evaluación. Los pacientes fueron entonces tratados en el contexto de protocolos estandarizados de tratamiento y con seguimiento de hasta cinco años. Los resultados indican que los pacientes en primer

episodio poseen alto índice de recuperación y alto índice de efectos colaterales extrapiramidales con drogas AP típicas. Un número de factores clínicos y biológicos se correlacionan con el resultado del tratamiento y pueden ser potencialmente usados en la evaluación del pronóstico de pacientes. Estos incluyen: duración de la psicosis previa a tratamiento, edad de comienzo, sexo, HVA plasmático basal y morfología cerebral con M.R.I. Estos resultados indican que pacientes con un primer episodio tienen un alto nivel de recuperación. Los descubrimientos de las variables predictivas y un nivel de respuesta disminuido en los sucesivos episodios indican que las estrategias óptimas de tratamiento deben focalizarse en las intervenciones tempranas para pacientes con un primer episodio y prevención de recaídas luego de la recuperación.

### Resultado de tratamientos a largo plazo de primer episodio de esquizofrenia

Jeffrey A. Lieberman, M. D.,  
*Research, Hillside Hosp., L. I. Jewish  
Medical Center, P. O. Box 38, Glen  
Oaks, NY 11004-0038;*  
Amy R. Koreen, M. D., Stephen H.  
Geisler, M. D., Miranda Chakos,  
M. D., José Alvir, D. P. H.,  
Margaret Woerner, Ph. D.

El curso y resultado de la esquizofrenia es heterogéneo, pero a pesar de años de investigación, los marcadores biológicos o los predictores clínicos de respuesta y pronóstico aún no han sido establecidos. Con el objeto de examinar el curso, resultado, y los predictores de respuesta al tratamiento, hemos seguido prospectivamente a pacien-

tes esquizofrénicos con un primer episodio, vírgenes de medicación NL obteniendo información sobre demografía psicopatología, respuesta al tratamiento y parámetros biológicos de la morfología dopaminérgica cerebral. Han sido analizados datos sobre primer episodio de pacientes esquizofrénicos. El 86% de los pacientes se recuperó de su primer episodio con un tiempo medio de respuesta de 36 semanas. El nivel de remisión para el 74% de los pacientes fue evaluado como completo, 12% parcial y un 14% no remitieron, y el resultado global para el 20% fue evaluado como excelente, 21% bueno, 43% favorable y 17% pobre. La tasa de recaídas en pacientes a un año de haberse recuperado fue 17%, a dos años 49%, a tres años 65%. Veintisiete

pacientes fueron tratados por dos episodios y el tiempo medio de respuesta en el primer episodio fue 8,6 semanas y para el segundo 12,9 semanas. Diez pacientes fueron tratados por tres episodios con un tiempo medio de respuesta en el primer episodio de 6,4 semanas. Un número de variables de referencia biológicas y clínicas fue asociado a tiempos más largos y a peores niveles de recuperación, incluyendo: sexo masculino, diagnóstico de esquizofrenia (opuesto a trastorno esquizo-afectivo), duración de síntomas psicóticos previo al comienzo del estudio, síntomas deficitarios, morfología cerebral anormal, niveles basales elevados de hormonas de crecimiento, niveles basales plasmáticos de ácido homovanílico disminuidos.

**Los efectos secundarios parkinsonianos y el incumplimiento con la medicación**

Guy Chouinard, M. D.,  
*Psychiatry, LH Lafontaine Hospital*  
1025 Pine Avenue West, Montreal  
PQ H31 1A1, Canadá

El parkinsonismo inducido por neurolepticos puede causar serias discapacidades, interferir en el tratamiento y llevar al paciente a oponerse al mismo. En nuestros estudios clínicos, encontramos que el 80% de los pacientes tratados con los neurolepticos clásicos de alta potencia tuvieron al menos un síntoma parkinsoniano significativo detectable mediante un examen neurológico de rutina y que era tomado como potencial interferencia con el cumplimiento de la medicación. Las características parkinsonianas inducidas por la medicación pueden ser divididas según los correlatos de la sintomato-

logía esquizofrénica, llevando a incrementar algunos de los síntomas negativos y a mayores incumplimientos. Queremos llamar la atención sobre la akinesia de tipo lóbulo frontal que da lugar a varios síntomas negativos similares a los asociados con la esquizofrenia. La akinesia, un síntoma neostriado, puede llevar a una depresión o una disforia. Tanto el parkinsonismo como la esquizofrenia pueden tener una fuerte conexión con la función del lóbulo frontal, en particular el tipo de esquizofrenia con síntomas residuales o negativos (tales como la retracción emocional o el retardo motor). La akinesia producida por la medicación suele pasar inadvertida y lleva a no aceptar la medicación, especialmente en las fases agudas y subagudas de los tratamientos neurolepticos. La acatisia, otro síntoma de toxicidad expresado en el comportamiento que es inducido por esta medicación (y su opuesto, la akinesia), da

lugar a la agitación, inquietud, ansiedad, tensión e insomnio, así como puede llevar a un incremento en la ideación psicótica y suicida u homicida. Durante las primeras cuatro a seis semanas de tratamiento, la irrupción y severidad de la acatisia parecen ser acumulativas. Es decir que cuanto más sea tratado el paciente, más probablemente sufrirá de acatisia. Un tercer síndrome inducido por esta medicación es la respuesta disfórica a los neurolepticos (un síndrome mixto de akinesia y acatisia). Un paciente disfórico es descrito como padeciendo constantes fatigas, pérdida de interacciones, calambres musculares, e inquietud interna. Un nuevo paciente que está disfórico podría quejarse simplemente de no sentirse bien. Es esencial reconocer esos pacientes, teniendo en cuenta que una respuesta disfórica puede llevar frecuentemente a tempranos abandonos de la medicación.

**Mejorando los resultados de las exacerbaciones esquizofrénicas**

Joseph P. McEvoy, M. D., *Adult Admission Unit, John Umstead Hospital, 12th Street, Butler, NC*  
27509-1695

Los clínicos que evalúan los pacientes esquizofrénicos recientemente internados deben identificar primero cuáles de ellos tuvieron una exacerbación de los síntomas a pesar de cumplir con el adecuado mantenimiento de la farmacoterapia. Una más alta dosis de medicación antipsicótica es poco probable que brinde mejores resultados; por el contrario, los clínicos deberían buscar y tratar apropiadamente otras poten-

ciales causas de exacerbación (por ejemplo, situaciones de estrés, abuso de sustancia, enfermedades clínicas intercurrentes o molestias extrapiramidales). La mayoría de las exacerbaciones, sin embargo, resultan de la falta de cumplimiento con la medicación y la medicación antipsicótica debe ser reinstituída. Estudios a dosis finas muestran que un porcentaje creciente de pacientes desarrolla tanto mayor eficacia terapéutica como síntomas extrapiramidales con dosis equivalentes de hasta 15 ó 20 mg de haloperidol por día, más allá de las cuales ambos resultados tienen un efecto meseta. Indicadores biológicos del sustancial bloqueo de recep-

tores dopaminérgicos (por ejemplo, el umbral neuroleptico o el test hormonal del crecimiento de la bromocriptina) parecen capaces de dar una aproximación a la dosis mínima efectiva en cada paciente. Los pacientes se benefician de la eficacia terapéutica con mínimos efectos extrapiramidales con estas ajustadas dosis. Dosis más altas brindan ligeros beneficios terapéuticos al costo de mayores síntomas extrapiramidales. Los clínicos deben sopesar las pequeñas ventajas antipsicóticas y las resistencias generadas por los molestos efectos adversos que pueden llevar a los pacientes al incumplimiento del tratamiento y las recaídas.

**Costo-eficacia de la Clozapina**  
Herbert Y. Meltzer, M. D.,  
*Department of Psychiatry, Case  
Western Reserve Univ., Hanna Pav.  
B068 11100 Euclid, Cleveland, OH  
4106-2602*; William M. Glazer, M.  
D., Myung A. Lee, M. D., David O.  
Meltzer, M. D.,

El análisis del costo-eficacia de la clozapina ha sido de interés debido a que su precio es mucho mayor que el de otros neurolepticos (genéricamente "típicos") de administración oral. Hay bastante evidencia de que su costo ha in-

fluido adversamente en su utilización a pesar de sus probadas ventajas. Hemos completado un estudio en espejo del costo de tratar con clozapina durante dos años a 37 pacientes esquizofrénicos resistentes a los neurolepticos vs. el costo de tratarlos con neurolepticos típicos en los dos años previos al uso de la clozapina. Se usó, asimismo, un grupo testigo de 10 pacientes que recibió neurolepticos típicos. Hubo una marcada disminución en la internación del grupo tratado con clozapina que compensó el precio de la medica-

ción, monitoreando los glóbulos blancos y con terapia ambulatoria. El ahorro neto fue de \$23.000 por año por paciente. Las mediciones de eficacia favorecieron a la clozapina sobre los neurolepticos típicos. Se presenta un análisis del nuevo árbol de decisión. Otros dos trabajos publicados sobre pacientes resistentes al tratamiento produjeron resultados similares. Presentamos los resultados atendiendo al costo-eficacia de la clozapina (como neuroleptico atípico) vs. los neurolepticos típicos.

**El tratamiento temprano mejora los resultados de la esquizofrenia**

Richard Jed Wyatt, M. D., *NIMH  
Neuroscience Ctr, at St. Elizabeth  
Hosp. Rm 5, 2700 ML King Jr Ave-  
nue SE, Washington, DC 20032*;  
Michael F. Green, Ph. D., A Hus-  
sain Tuma, Ph. D.

Nuestro análisis reciente sobre veinte estudios indica que las medicaciones AP usadas en las fases agudas de la esquizofrenia pueden mejorar la morbilidad a largo plazo

de la enfermedad. En el presente estudio, han sido examinados los resultados de la primera admisión de pacientes esquizofrénicos tratados con y sin medicación AP y que dejaron el hospital en el espacio de seis meses. Durante los primeros tres años luego de la crisis, los pacientes inicialmente tratados con medicación AP ( $59,4 \pm 106,5$ ) requirieron menos cantidad de días ( $F=5:47$ ,  $df=2,152$ ,  $p=0,005$ ) de rehospitalización que los pacientes no medicados inicialmente ( $160,6 \pm 167,5$ ). Además luego de

seis a siete años de su primer crisis, los pacientes inicialmente tratados con medicaciones ( $46,5 \pm 18,7$ ) funcionaban a niveles más elevados ( $t=2,38$ ,  $p=0,038$ ) medidos por la escala G.A.F., que los pacientes no tratados ( $33,8 \pm 10,8$ ) inicialmente con medicaciones AP. Estos resultados indican que los tratamientos tempranos con medicaciones AP no sólo disminuyen la morbilidad asociada con la esquizofrenia, sino que previenen cambios perjudiciales relacionados con psicosis no tratadas.

**Remedio exitoso de la atención en la esquizofrenia**

Alice A. Medalia, Ph. D., Psych.  
*Montefiore Med. Ctr., Albert  
Einstein 111 East 210 Street K2,  
Bronx, NY 10467*, Manual Aluma,  
Ph. D., Warren Tryon, Ph. D.,  
Arnold E. Merriam, M. D.

El tratamiento focalizado de los déficits cognitivos en la esquizofrenia ha sido revisado recientemente en la literatura psiquiátrica y ha habido un llamado a estudiar su eficacia. Examinamos la posibilidad de remediar la atención de los esquizofrénicos usan-

do algunos de los ejercicios de computadora desarrollados para los pacientes con daño cerebral. Estas técnicas de entrenamiento enfatizan conductualmente el ejercicio y la práctica mediante aprendizajes que moldean y refuerzan la atención. Para controlar efectos terapéuticos inespecíficos, los resultados de 27 pacientes con quienes se usa la metodología de entrenamiento focalizado en la atención son comparados con 27 pacientes que no lo reciben, pero que tienen encuentros durante igual lapso con el mismo examinador. Los resulta-

dos indican que el entrenamiento de la atención fue exitoso. Los pacientes mejoraron en las tareas de entrenamiento, midiendo independientemente la atención, así como en su cuadro psiquiátrico (según la BPRS). Por otra parte, los pacientes consideraron estimulante y útil el programa de entrenamiento recibido. Estos hallazgos sugieren que es posible remediar la atención mediante tratamientos "amistosos al consumidor" y que este mejoramiento en la atención puede generalizarse afectando positivamente el cuadro psiquiátrico.

# Entrevista a Jean-Jaques Gorog\*

## PSICOANALISIS, PSIQUIATRIA Y ANTIPSIQUIATRIA

Por Diana Kamienny y Dominique Wintrebert



\* Praticien hospitalier, Hôpital Erasme, Antony (92160), Psicoanalista (AME). Miembro de L'Ecole de la Cause Freudienne. Chargé de Cours, Dpto. de Psicoanálisis, Univ. París VIII, Francia.

Federación Francesa de Psiquiatría (FFP),  
Unión Nacional de Amigos y Familiares de  
Enfermos Mentales (UNAFAM) y  
Agencia Nacional para el Desarrollo de la  
Evaluación Médica (ANDEM)

**Conferencia de Consenso:  
"Estrategias Terapéuticas a Largo Plazo  
en las Psicosis Esquizofrénicas"**

Los días 13 y 14 de Enero de 1994 se reunió el Jurado de dicho evento y comunicó sus conclusiones luego de examinar los informes elaborados por numerosos expertos (veintidós psiquiatras, un psicoanalista, un sociólogo y un trabajador social) quienes se basaron en sus experiencias personales y una amplísima bibliografía consultada.

Dicho Jurado estuvo integrado por cinco psiquiatras de adultos, un psiquiatra infantil, dos psicoanalistas, un enfermero psiquiatra, dos clínicos generales, un psicólogo, un periodista, un trabajador social, un investigador, un médico especialista en terapia intensiva, un representante de las familias de pacientes y un médico funcionario del ministerio de la Salud Pública.

Todos los expertos y jurados fueron personalidades de reconocida trayectoria y representatividad. Las recomendaciones resultantes de las deliberaciones fueron publicadas en un folleto\* que se cita extensamente en el primer artículo de este Dossier en sus aspectos farmacológicos y del que reproducimos a continuación otros tramos de particular significación.

Ante la pregunta ¿Cuál es el lugar que ocupan las estrategias terapéuticas no medicamentosas actualmente empleadas y evaluadas y cuáles son sus interacciones? se concluyó:

... "La asociación de neurolépticos a uno de los métodos psicoterapéuticos presentados a la Conferencia de consenso es siempre más eficaz que cualquiera de ambos métodos administrado aisladamente uno del otro"

En lo que concierne a las psicoterapias individuales se recomendó que (sean efectuadas por profesionales poseedores de una formación particular, gran experiencia y una disponibilidad, constancia, calificación y compromiso a muy largo plazo".

También se afirmó que "la cura psicoanalítica clásica no es habitualmente utilizada en las instituciones como pertinentes cuando se ejercen en colaboración con un quimioterapeuta abierto al trabajo en equipo, "deseando que... a pesar de la dificultades metodológicas los psicoanalistas participen en estudios de evaluación comparativa".

En lo que respecta a las psicoterapias comportamentales y cognitivas se concluyó que su "evaluación está facilitada por su aspecto codificado y formalizado y pueden ser aislados objetivos conductuales resultando así cuantificables los resultados. Sin embargo, estas técnicas encuentran más fácilmente su indicación en otras patologías. Su adecuación a la personalidad de sujetos esquizofrénicos despierta numerosas interrogaciones que recomiendan iniciar estudios en ese aspecto".

Por otro lado se instó a "ofrecer a los pacientes y sus familias una información lo más completa y objetiva posible a fin de desarrollar en torno a la persona que sufre una esquizofrenia un trabajo terapéutico mancomunado".

\* Se puede solicitar copia en nuestra redacción o a ANDEM, Service Communication, 5 bis, rue Pérignon, 75015, París, Francia.

**Vertex:** ¿Cuáles son las razones que han precedido a la creación de esta primera Conferencia de Consenso?

**Jean-Jacques Gorog:** Esas razones son de diferentes órdenes.

En primer lugar, en general, en medicina, el objetivo de una conferencia de consenso es esclarecer una cuestión polémica mediante un estudio preciso y una evaluación que permitan llegar a establecer un acuerdo entre los especialistas y los diversos interesados en el problema.

Las primeras conferencias que se organizan tratan de problemas del tipo prevención del SIDA o del cáncer de mama, por ejemplo.

Para lograr esa finalidad se procede de la siguiente manera: un jurado se encarga de establecer un texto que toma en cuenta los puntos sobre los que la totalidad de los participantes se ha declarado de acuerdo; esta conformidad se realiza sobre la base de peritajes realizados por otros especialistas que han considerado cada uno de los puntos de la cuestión. En consecuencia, son los expertos quienes responden a una cuestión argumentada, contando para ello con la posibilidad de referirse a lo que es públicamente conocido sobre el problema.

Como este tipo de consenso ha sido concebido para la medicina, se plantea el problema de su adaptación a la psiquiatría. Es necesario que la evaluación sea efectiva, esto es, que tanto el diagnóstico como los tratamientos se evalúen en función de métodos estadísticos verificados, como se hace en medicina con los estudios en doble ciego.

En lo concerniente a los puntos polémicos, la conferencia sirve entonces de indicación para las autoridades sanitarias y de ayuda al poder político para hacer frente a los problemas de salud considerados.

**Vertex:** ¿El poder de la conferencia es sólo orientativo o llega a ser coercitivo?

**Gorog:** En la realidad su poder es sólo orientativo, aunque a raíz de la publicidad de sus resultados su peso aumente. Los resultados de la Conferencia de Consenso sobre la Esquizofrenia han sido distribuidos a todos los psiquiatras, como así también a cierto número de médicos clínicos.

Hasta ahora, en Francia, nunca había habido un evento semejante en el campo de la psiquiatría. Hace 2 ó 3 años se organizó una conferencia de acuerdo sobre la esquizofrenia en Dinamarca, pero sus objetivos fueron mucho más limitados, y, en particular, no se abordó el problema del tratamiento. En la Conferencia en la que participé se consideró el conjun-

to de respuestas posibles: medicamentosas, psicoterapéuticas, psicoanalíticas y sociales.

No ha habido un único elemento de la actualidad que haya llevado a organizar esta Conferencia sino el hecho de que la salud mental representa un enorme problema frente al cual existen reivindicaciones jerárquicas, sindicales, que se refieren al estilo de trabajo pero que no se articulan a la patología en sí.

La esquizofrenia en sentido amplio, concierne a una población considerable tanto en el aspecto de la hospitalización como en el de su seguimiento; sin duda alguna es la patología cuantitativamente más importante en el campo de la salud pública, habida cuenta del número y de la duración de las internaciones.

De ahí resulta una evidente dificultad del tratamiento ligada a la reticencia que los problemas psiquiátricos encuentran en los medios de comunicación. Existe además otra dificultad del tratamiento, que reside en que el tratamiento de la enfermedad mental no es evaluable. En consecuencia, aunque hay sin duda aspectos no evaluables en el seguimiento y en el tratamiento, hay otros que lo son.

Por otra parte se tomaron en cuenta una serie de nuevos elementos como, por ejemplo, el de la calidad de la vida. La pregunta es: ¿qué es lo evaluable?

**Vertex:** *Este es un problema específico de la psiquiatría.*

**Gorog:** En efecto, se trata de un problema específico que es necesario examinar.

Se trata menos de contestar a la pregunta que de poder llegar a plantearla.

**Vertex:** *¿Quiénes participaron de esta primera Conferencia de salud mental?*

**Gorog:** Lo extraño es que aunque la esquizofrenia sea un problema mayor de la salud pública, la organización de la Conferencia fue trabajosa.

Yo soy el único miembro del jurado que figura como psicoanalista. Se exigió que la mayoría de las orientaciones y de las profesiones estuvieran representadas: enfermeros, asistentes sociales, representantes de las familias de los enfermos, psiquiatras de orientación institucional, psiquiatras universitarios, periodistas, etc.

El profesor Parquet integró el Jurado como psiquiatra de niños. Esto no significa que no haya habido otros psicoanalistas, ni aun otros lacanianos, puesto que Jean Girard fue un

1. N. de la R. La palabra sectorización alude al sistema de salud mental francés: el sector que permite una continuidad del seguimiento terapéutico de pacientes psicóticos en el ámbito intra y extrahospitalario durante toda su evolución.

"El debate sobre el lugar que debe ocupar la hospitalización completa queda abierto pero existe un consenso sobre sus inconvenientes cuando es de larga duración que entraña efectos iatrogenos, cronificación con pasividad y actividades regresivas".

"Todos estuvieron de acuerdo en que es necesario desarrollar estructuras de tratamiento insertas en la comunidad, es decir, instituciones alternativas a la hospitalización, precediéndola o continuándola, a fin de poder practicar formas parciales de atención como la de los hospitales de día, los centros de crisis sin hospitalización o las estructuras alternativas con alojamiento. Se recomienda distinguir los lugares de tratamiento (espacio/tiempo terapéuticos), los de readaptación (cuidados que se orientan al retorno a la vida social) y los de rehabilitación (alojamiento, socialización). Sin embargo la discontinuidad entre esos lugares no debe trabar la permanencia del sostén terapéutico y su coordinación".

"Las oposiciones entre lo sanitario y lo social que organizan los sistemas de financiamiento no corresponden a la experiencia vivida por los profesionales para los cuales el equipo terapéutico es un elemento fundamental de la red social de la persona que sufre de esquizofrenia. Por otro lado, es esencial recordar la necesidad de una coordinación de los sistemas de financiación. Su diversidad no debe servir de excusa a ninguno de ellos: seguro de Salud, Estado, Consejos Generales y otros para liberarse de sus responsabilidades actuales y futuras".

"Los objetivos terapéuticos deben consistir en mantener el seguimiento del paciente al mismo tiempo que facilitar su acceso a todos los aspectos de la vida social: alojamiento, trabajo, diversiones, cultura, deportes, etc.

"Las acciones terapéuticas son dependientes del contexto económico y de disposiciones legislativas, administrativas y financieras que organizan los recursos, el alojamiento y la inserción social de las personas que sufren esquizofrenia. Una coordinación de las funciones políticas, sociales y médicas, bien identificadas, es absolutamente necesaria".

"Se deben generar más iniciativas que permitan desarrollar y diversificar las estructuras intermedias entre los tratamientos y la reinserción social".

El Jurado ha constatado que el acceso al empleo en medio no protegido es limitado para el paciente ya que su inserción en el mundo profesional pone a prueba sus capacidades vinculadas tanto como las profesionales. Pero reconociendo también que la inserción en medios laborales protegidos corre el riesgo de la segregación, el Jurado recomienda la multiplicación de espacios intermedios entre el medio de trabajo ordinario y el protegido en los que deberían desarrollarse investigaciones de esa problemática".

"También sería deseable que estudios de control, sobre la base de criterios definidos permitan cuantificar los efectos terapéuticos de esas prácticas. Dichos estudios podrían permitir también superar la oposición conceptual entre enfermedad u discapacidad y conducir a repensar las divisiones de financiación entre el nivel sanitario y el social".

"La utilización de la metodología de la Clasificación Internacional de Discapacidades (OMS) puede contribuir a ello. Así se precisarían los conceptos actualmente utilizados (readaptación, inserción social, integración y rehabilitación psicosocial) lo que podría conllevar a una clarificación de la denominación de las estructuras institucionales implicadas".



alumno de Lacan. La idea era ver cuáles eran los puntos sobre los que gente tan diferente podía ponerse de acuerdo. Pues, bien, sobre cierto número de puntos casi todos están de acuerdo ¡ eso es lo interesante!

**Vertex:** *¿Es esta una propuesta europea, o también los norteamericanos practican este tipo de Conferencia?*

**Gorog:** Por su estilo es un procedimiento anglosajón. Y esto se relaciona con otro problema: todas las publicaciones evaluadas son anglosajonas, muy pocas tienen otro origen. Y de hecho hay un profundo desacuerdo en el conjunto de la comunidad francesa encargada de examinarlas.

**Vertex:** *¿De dónde surge ese desacuerdo?*

**Gorog:** Uno de los aspectos esenciales, por ejemplo, se refería a los efectos secundarios de los neurolepticos, en particular a las disquinesias tardías (D.T.). Los informes eran suministrados a partir de estudios norteamericanos. Se hizo evidente algo muy importante: las disquinesias tardías aumentan en proporción a las dosis de neurolepticos prescritas, esto ya se sabía; la novedad es que las mismas están correlacionadas a la cuestión de los correctores. Algunas de ellas están ligadas a la prescripción de correctores. Es uno de los puntos sobre los que ha insistido el Jurado en sus conclusiones: que no se prescriban sistemáticamente y que se los reduzca, e incluso se los suspenda, después de cierto lapso. Se está de acuerdo sobre un hecho: en más de la mitad de los casos son inútiles. Esto no depende únicamente del prurito por prescribir un medicamento menos, sino del problema de las D.T. He aquí un punto positivo del estudio. Pero hay también una contrapartida: se hizo claro que las D.T. eran mucho más raras en Francia que en los EE.UU., los sistemas de salud y de control varían mucho de uno a otro país. Las dosis de neurolepticos prescritas eran mucho más grandes en EE.UU. que en Francia, se medían en gramos y se produjeron así numerosas D.T.; los norteamericanos se vieron entonces confrontados a un problema central cuya incidencia para nosotros era mínima. Este ejemplo pone de relieve ese tipo de diferencias.

Sin embargo, el mayor elemento de desacuerdo con los estudios norteamericanos radica en la particularidad francesa, o en todo caso europea: la diversidad de los neurolepticos. Hay puntos de vista opuestos, pero en Francia está surgiendo una tendencia general a considerar que los neurolepticos tienen efectos diferentes. Por el contrario, en EE.UU. se piensa que todos ellos tienen el mismo efecto y todas las evaluaciones se transforman al equivalente clorpromacina, lo que impide saber cuál ha sido el neuroleptico suministrado. Para nosotros, dicho punto de vista penaliza considerablemente esos estudios. El equivalente clorpromacina significa que moléculas como levomepromacina, majepetil u otras más recientes, se consideran equivalentes.

Otro ejemplo muy significativo: en EE.UU. se considera que el efecto del neuroleptico es nulo por debajo de cierta dosis; por ejemplo, para el haloperidol, a

menos de 30 gotas (3 mg) no hay efecto neuroleptico. Ahora bien: todo el mundo ha comprobado que psicóticos, que toman, por ejemplo, 10 gotas sin que se produzca un acceso, recaen apenas se suspende esta prescripción. En consecuencia, he aquí un desacuerdo basado en argumentos biológicos evaluados que no concuerdan con la clínica.

Se nos contesta que nosotros carecemos de estudios al respecto; pero ellos tampoco han realizado los estudios que nos interesarían.

En ese aspecto, la Conferencia tiene por función señalar los estudios a emprender, dado que la intuición no es suficiente.

**Vertex:** *¿Cuáles son, a su parecer, las conclusiones más importantes de esta Conferencia?*

**Gorog:** Las mismas se refieren a puntos que pueden parecer triviales, que parecen ser evidentes pero que sin embargo no se respetan, como lo demuestra la práctica cotidiana.

En las conclusiones se precisa, por ejemplo, que se debe suministrar el tratamiento neuroleptico durante un lapso prolongado, o incluso siempre, y que las dosis eficaces pueden ser moderadas.

**Vertex:** *¿Cuál es la posición respecto a las "bouffées" delirantes?*

**Gorog:** La respuesta es simple. Las curas continuas a dosis moderadas exponen a menos recaídas que las curas discontinuas.

Se han aconsejado 2 años de tratamiento en caso de episodio único.

**Vertex:** *Eso contradice la idea clásica de una resolución espontánea al cabo de 40 días.*

**Gorog:** No es para nada la tesis predominante. Si bien no se ha mencionado la "estructura psicótica" la idea subyacente es ésta. El título "Estrategias terapéuticas a largo plazo" lo indica: no se quiso abandonar la idea de "bouffée" delirante aguda; ésta ha sido conservada, aunque muy suavizada.

El punto de vista lacaniano consiste en retener la noción de estructura, y la experiencia a largo plazo que la sectorización<sup>1</sup> ha permitido, demuestra que los episodios patológicos únicos, descriptos brillantemente por la clínica francesa son muy raros.

Otro elemento muy importante a causa de sus incidencias políticas es la utilidad, la necesidad de la hospitalización y las ventajas de la legislación francesa.

Existen puntos de comparación muy severos sobre el tratamiento, por así decirlo: social. Los muros y los medicamentos, aparecen como imprescindibles para ciertos momentos del tratamiento de los esquizofrénicos, esto parece obvio. En consecuencia consideramos que el abandono callejero de los psicóticos italianos o norteamericanos es una catástrofe.

**Vertex:** *Existe allí una carencia respecto a un deber de Salud Pública.*

**Gorog:** Absolutamente. La Conferencia hace votos

para que el sistema actual perdure con todo el arsenal de que disponemos. Las estructuras intermediarias no eliminan de ningún modo el hospital; estas cosas son obvias, pero es indispensable informar al gran público. No se puede prescindir del hospital.

La imposición del tratamiento, la idea de la internación propia al sistema francés, ha cambiado la calidad de vida del psicótico. Soplan vientos nuevos en cuanto al alojamiento hospitalario, al acompañamiento, a la subvención a los adultos minusválidos, que aseguran una mejor inserción.

**Vertex:** *¿Cómo cuantificar la calidad de la vida?*

**Gorog:** No se poseen estudios correctos pero se precisa la idea según la cual las dosis reducidas de neurolépticos aseguran una mayor capacidad social y mejores condiciones de vida.

Podría inferirse que lo óptimo sería la supresión del tratamiento: pues no, lo óptimo es suministrar la dosis mínima y suficiente, establecida para cada caso particular.

Han sido los francocanadienses quienes inventaron la D.T. y se interesaron en sus efectos secundarios. Ellos fueron los primeros en hablar de la calidad de vida.

**Vertex:** *¿Qué pensar de la recomendación de asociar al enfermo y a su núcleo familiar en la evaluación de los tratamientos?*

**Gorog:** Son tratamientos a largo plazo, la finalidad es la adhesión del paciente a los mismos: es preciso informarlo, se tiene que favorecer su comprensión; cuando se trata de neurolépticos de acción retardada, por ejemplo, explicarles sus modalidades de acción, o también de sus efectos secundarios, etc. Todo esto se brinda poco o mal.

Numerosos médicos de medicina general prescriben los N.L., por lo tanto es preciso tratar de obtener el consentimiento informado del paciente.

En lo que concierne al núcleo familiar, los representantes de las familias en el Jurado permanecieron discretos. Otra cosa es asociar las familias al tratamiento, que es lo que en general se hace. Se recuerda simplemente que eso es lo que conviene hacer.

Asociar el enfermo y su núcleo familiar a la evaluación de la cura implica la idea de que la evaluación del tratamiento se efectúa a partir de los datos transmitidos por el psiquiatra; ahora bien, también se puede pedir la opinión sobre la calidad del tratamiento al interesado y a su familia, que no comparten necesariamente el mismo punto de vista.

Se discute sobre si hay que decir o no al paciente que es esquizofrénico. La decisión pertenece al médico. En Francia, en principio el enfermo tiene acceso a su Historia Clínica. En el transcurso de la Conferencia este aspecto no se mencionó. Para finalizar, las familias recordaron la necesidad de una coordinación de los sistemas de financiación: a este respecto se hizo referencia al instrumento del que disponemos en Francia, el sector.

**Vertex:** *Nos parece que hay que subrayar la distinción establecida por la Conferencia entre recaída y rehospitalización.*

**Gorog:** En efecto. Es un punto capital porque puede haber recaída sin rehospitalización dado que las estructuras de sector permiten la continuidad del tratamiento. Por otra parte, hay hospitalizaciones que pueden mostrarse necesarias a propósito de problemas ajenos a una recaída, tales como un contexto social difícil. Por ejemplo, para alguien del que la experiencia muestra que cada intento de inserción laboral acarrea una catástrofe casi inmediata, proponemos una rehospitalización nocturna a fin de evitarla en lo posible.

**Vertex:** *¿Han aparecido modificaciones respecto al concepto de esquizofrenia?*

**Gorog:** Dicho concepto fue considerado en sentido amplio. No se realizó un debate sobre su definición, tanto más cuanto existe una gran diferencia entre la esquizofrenia francesa y la americana, independientemente del debate lacaniano.

No compartimos el criterio de esquizofrenia del DSM-III o del DSM-IV puesto que no nos parece válido. Nosotros integramos en nuestro concepto algunas otras entidades, en particular las "bouffées" delirantes agudas y las psicosis alucinatorias, características francesas que se conservan, aunque aquí, evidentemente se trate del conjunto. En la definición sólo se descartan los desórdenes tímicos, cuando son mayores. De este modo queda de lado la psicosis maniaco depresiva, pero se conserva la psicosis distímica.

En efecto, el objetivo no apunta únicamente al medio psiquiátrico, sino también a las autoridades competentes, a la salud y al público. De allí el enfoque amplio del concepto de esquizofrenia, que ha sido considerado desde un punto de vista pragmático.

**Vertex:** *¿Cuál fue el impacto de las neurociencias en las conclusiones de esta Conferencia?*

**Gorog:** Débil, sobre todo se señalaron vías de investigación. La incidencia se centra más bien en el descubrimiento de nuevos productos medicamentosos que tienen, por ejemplo, menos efectos secundarios.

Otro punto muy importante nos valió algunas molestias frente a los laboratorios farmacéuticos: los anti-depresores son inútiles en el marco de las esquizofrenias; esta es la posición que se defendió, teniendo en cuenta la prescripción sistemática de anti-depresores que hacen los médicos de medicina general. Los estudios específicos han mostrado los efectos agravantes de los anti-depresores, en especial en los períodos agudos. La aparición de un síndrome depresivo en una persona que sufre de esquizofrenia estabilizada puede augurar una recaída y exige el aumento o el regreso a la prescripción de neurolépticos, y no de anti-depresores.

**Vertex:** *La Conferencia afirma haber dejado de lado deliberadamente las "esquizofrenias resistentes" ¿por qué?*

**Gorog:** Es cierto. Aquí, "resistentes" ha de entenderse

como resistentes a la terapia química medicamentosa; una vez más, se trata de una cuestión de principios. Como hablar de fracasos del tratamiento, en general relativos, como el que no permite, por ejemplo, que el paciente sea dado de alta del hospital. Es un problema complejo en el que la única evaluación posible es cuantitativa: esto es, los casos en los que los medicamentos no surten efecto. Sin el marco del tratamiento a largo plazo, en el hospital las esquizofrenias resistentes se tratan del mismo modo que las otras. Es todo lo que se puede decir al respecto. Pero en la mayoría de los casos se obtiene un franco beneficio que va desde la remisión hasta la reinserción social.

**Vertex:** Según las conclusiones de la Conferencia ¿el psicoanálisis no queda reducido al rango de una terapia como cualquier otra?

**Gorog:** Quisiera señalar que ningún estudio ha puesto en valor la superioridad de un método terapéutico sobre otro, insisto, *ningún estudio*, eso significa que ese aspecto no ha podido ser evaluado. Esto no implica que todos los métodos terapéuticos sean equivalentes: más aún, eso aporta, por la negativa, un desmentido a las evaluaciones propuestas por los cognitivistas, quienes eran los únicos que pretendían responder a la evaluación; esto quiere decir que en cierta forma sus evaluaciones no nos convencieron. Los puntos de vista adoptados por la Conferencia los sacaron de quicio. No se trata de juzgar qué es bueno y qué es malo, pero sí según los resultados que exponen, afirman curar a 80% de esquizofrénicos, allí decimos: no. En un plazo de 5 años obtienen los mismos resultados que los demás, sin tener en cuenta el deterioro de la calidad de vida.

**Vertex:** De manera general, ¿cómo situar las psicoterapias en el tratamiento?

**Gorog:** Comencemos por un punto fundamental, las psicoterapias no son contradictorias con los neurolépticos. Este es un enunciado trivial, pero recordarlo no está de más, y es válido para el psicoanálisis también.

Se subraya que ambos métodos no se excluyen para recordarnos sus diferentes usos posibles como las psicoterapias de grupo concebidas como una introducción a la psicoterapia individual.

El problema es la evaluación. Se retiene la idea de que el psicoanálisis se puede practicar en colaboración con el psiquiatra tratante, y que la evaluación propia al psicoanálisis reposa sobre el estudio de casos, las monografías.

Existe un afán de estudios comparativos calcados sobre el modelo del estudio de casos.

**Vertex:** Se remite la intersubjetividad a las "hipótesis ideológicas". ¿Qué piensa Ud. de eso?

**Gorog:** Es cierto. No era posible entrar en un debate enojoso al respecto, pero está claro que no pueden ser objetivadas las posiciones doctrinales en lo que atañe al psicoanálisis, para el que la transferencia es un factor esencial.

Merecería establecerse la diferencia entre ciencias

humanas y psicoanálisis, pero sostener esto en el marco de la Conferencia parecía difícil.

Sin embargo, es de destacar que en Francia hay un acuerdo bastante amplio en cuanto a la validez de los tratamientos psicoanalíticos.

**Vertex:** ¿Cuáles son las bases de ese acuerdo?

**Gorog:** No hay evaluación. Ésta existe en EE.UU. en un registro particular, pero no hay evaluación sobre la eficacia del tratamiento psicoanalítico que se pueda hacer valer. Hay un acuerdo intuitivo que se basa en el hecho de que es apropiado, aun si eso no está demostrado.

**Vertex:** ¿Cuáles son las condiciones de posibilidad de tales estudios?

**Gorog:** Sería preciso acentuar los casos, su transcripción. El paciente puede atestiguar un bienestar quizás no objetivable. Dado que aquí la curación se deja de lado, los pacientes podrían dar testimonio de una mejoría; hay además criterios objetivos de orden social, en particular la frecuencia de las hospitalizaciones, la inserción, etc., y una serie de nociones en lo concerniente a la información del paciente: percibimos que la información es posible en el caso de la psicoterapia, mientras que no siempre lo es en el caso de una simple prescripción.

**Vertex:** Con el psicoanálisis los pacientes logran describir su enfermedad como un saber creado, inventado.

**Gorog:** Eso mismo.

**Vertex:** ¿Qué hubiera cambiado si Ud. no hubiese participado en esta Conferencia? ¿Como influyó Ud. en sus orientaciones?

**Gorog:** Existe una expectativa de los psiquiatras respecto al psicoanálisis que es preciso tener en cuenta. Sobre numerosos puntos capitales, el acuerdo de la psiquiatría en Francia es bastante amplio. Las posiciones que se han destacado ofrecen un interés mayor, por ejemplo en cuanto a las decisiones a tomar en el marco de la salud mental, como podría ser la continuación de la política sectorial, que por un momento fue puesta en cuestión, como así también en las tentativas actuales que apuntan a la despsiquiatrización de la cuestión en su totalidad.

Sin embargo, ellas son menos graves en Francia que en otros países. Esto es adjudicable al peso que en Francia conserva el psicoanálisis que, por más paradójico que parezca, se opone a las tesis de la antipsiquiatría. Los psiquiatras necesitan el apoyo de los psicoanalistas para confirmar el punto de vista contrario a las tesis de la antipsiquiatría, tesis que, en nombre de la libertad del sujeto, terminan por convertirlo en un excluido, un muerto y hasta en un criminal en algunos casos.

Es un enfoque psicoanalítico contra la antipsiquiatría, tendiente a una medicalización razonada del problema y a una valorización de la función del psiquiatra ■



## Jacques Joseph Valentin Magnan

Norberto Aldo Conti\*



**M**agnan fue un hombre de la segunda mitad del siglo XIX; si bien nació el 16 de marzo de 1835 presentarlo así no es antojadizo, por el contrario, permite reconocerlo como uno de los arquitectos finales de la retícula teórica que caracterizó a los psiquiatras franceses de ese período histórico.

Siguiendo a Lanteri Laura vamos a aceptar la diferenciación de la psiquiatría francesa del siglo XIX en dos momentos: la primera mitad, en la que impera el paradigma de la alienación mental, y en la que florece el pensamiento de Pinel, Esquirol, Georget, Morel, Moreau de Tours; la segunda mitad, durante la cual se constituye el paradigma de las enfermedades mentales y la patología psiquiátrica se organiza en relación a las nociones de evolución-cronicidad; en este período se produce un incomparable florecimiento de pensadores psiquiatras que evidencia la importancia de esta época en la constitución de la psiquiatría francesa y que permite comprender por qué es llamada clásica por sus historiadores, a ella pertenecen, entre otros, Falret, Lasègue, Falret, Magnan, Seglas, Chaslin, Cotard, Sérieux, Capgras y Ballet.

\* Médico Psiquiatra (UBA). Jefe de Sector de Consult. Ext. Hosp. Municipal "J. T. Borda". Jefe de Trabajos Prácticos. Depto. de Salud Mental, Fac. de Med. UBA.

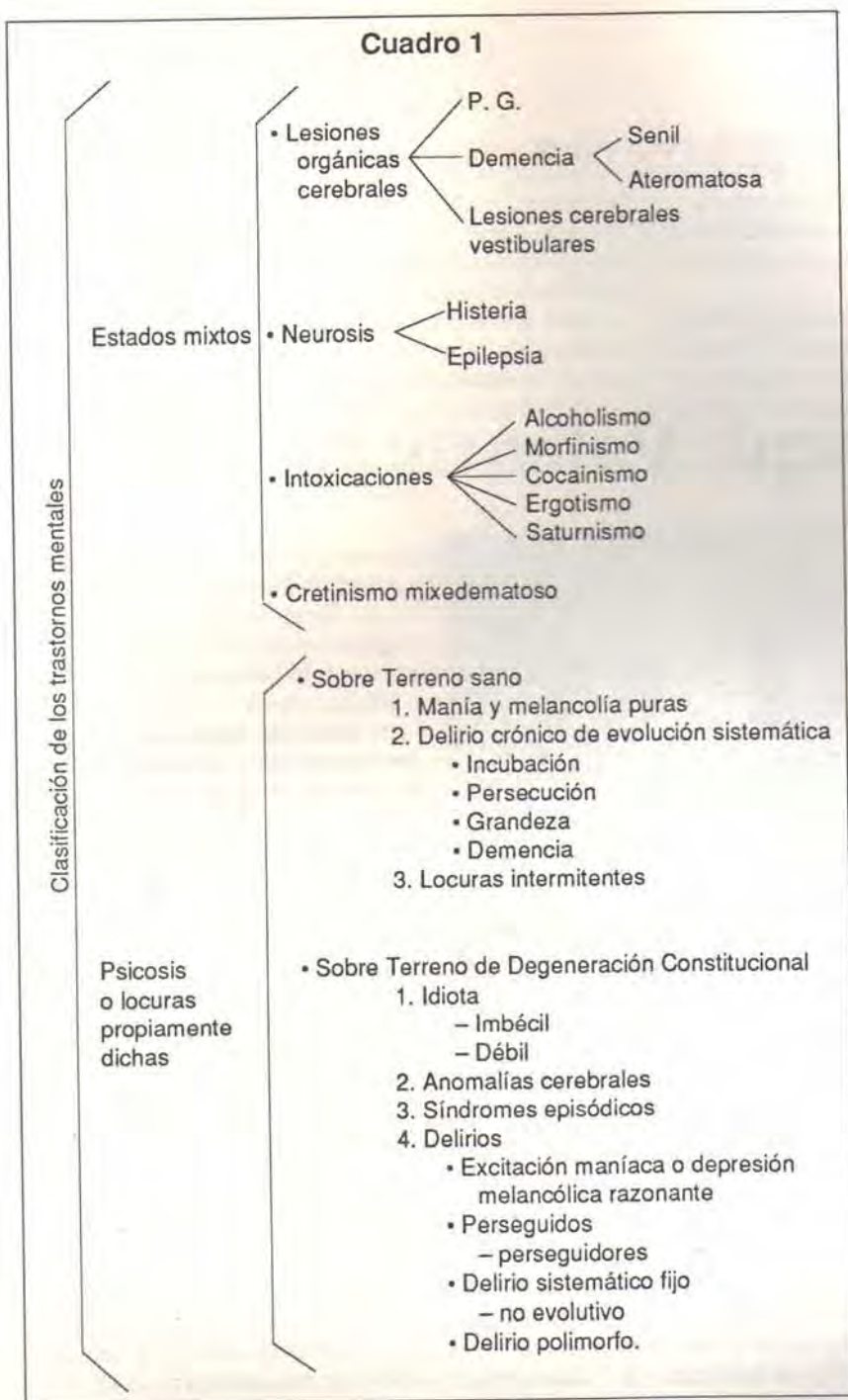
Ubicado nuestro autor en el contexto de pensamiento en el cual florece haremos un breve repaso biográfico que nos remita a la singularidad de su formación. Magnan estudió Medicina en Montpellier y a los 23 años, en 1858, fue admitido en el internado de los Hospitales de Lyon, para luego acceder, en 1863, al internado de los Hospitales de París. Fue discípulo de Marcé y Prosper Lucas en Bicêtre y de Baillarger y J. P. Falret en la Salpêtrière. Fue también amigo de Charcot, con quien redactó trabajos clínicos y por cuyas concepciones fue influenciado. En 1866 presentó su tesis sobre la lesión anatómica de la parálisis general. En 1867, contando 32 años, se hizo cargo en Sainte Anne de la Oficina de Admisiones, recientemente creada. En 1877 comenzó su enseñanza clínica, que nunca abandonaría y en 1893 es admitido en la Academia de Medicina. Abandona su servicio hospitalario en 1912 y muere en París el 27 de setiembre de 1916 a la edad de 81 años.

Tres preocupaciones dominan su producción:

- Su lucha contra la situación institucional de los alienados, que se expresa en su rechazo a la utilización del chaleco de fuerza en Sainte Anne, su pronunciamiento por el no aislamiento de los pacientes mentales en celdas en 1878 y su puesta en práctica de la Clino-terapia en 1897 como método terapéutico de internación prolongada.

- Su interés por los trastornos psiquiátricos ligados al alcoholismo que lo acompañará toda su vida. Su maestro Marcé publica una monografía en 1864 sobre la acción tóxica de la esencia de ajeno, la cual influye sobre Magnan quien meses después publica su primer trabajo en este campo sobre accidentes por licor de ajeno. En 1874 publica su Tratado sobre Alcoholismo y sobre la fecha de su retiro, en 1912, presenta una estadística de bebedores internados que compila lo estudiado en sus 45 años de práctica clínica y propone la creación de asilos especiales para alcoholistas. Agreguemos que el estudio de los estados tóxicos fue una tradición entre los discípulos de Magnan, siendo su alumno Garnier quien en 1890 describe los Estados de Ebriedad Patológica.

- Finalmente, su dedicación a la Nosografía Psiquiátrica de la cual se ocupa a partir de 1881. Éste pasa a ser ahora nuestro tema central, porque el trabajo que a continuación se presenta constituye el corazón de su clasificación, su punto de



referencia insoslayable con el cual se miden o contrastan todos los trastornos delirantes, que durante este período y el siguiente (1900-1914) representan la preocupación central del entramado nosográfico en la psiquiatría francesa\*.

\* El trabajo que se reproduce a continuación de éste, es una versión completa de su concepto del Delirio Crónico, que Magnan escribe junto a su discípulo Paul Sérieux (1864-1947) para el Tratado Internacional de Psicología Patológica editado en Francia en 1911 bajo la dirección de Auguste Marie.

La reflexión nosográfica de Magnan gira en torno a un concepto que articula y da coherencia interna a toda su propuesta: La Teoría de la Degeneración. La misma no es originaria de nuestro autor, sino que se había hecho pública y notoria a partir de la obra de Morel titulada "Tratado de la Degeneración", publicada en 1857, en la cual se propone la existencia de un tipo humano primigenio ideal, pensado a imagen del hombre de Edén, anterior al pecado original y denuncia cómo, a lo largo de la historia el hombre se ha ido alejando de este ideal hasta

llegar, en algunas líneas evolutivas familiares a una "desviación malsana" que, irremediamente desemboca en "desequilibrio mental". Esta concepción eminentemente religiosa, inspirada en la metafísica de Buchez, nada tiene que ver con el evolucionismo positivista, como algunos han querido ver, sino más bien con el transformismo de Buffon y especialmente de Lamarck y de su teoría de la herencia de los caracteres adquiridos, lo cual desde la biología contemporánea le permite justificar las líneas familiares progresivamente aberrantes. Sabemos que la teoría de la degeneración echó raíces y dominó la psiquiatría francesa hasta 1913 y que el pensamiento de Morel estimuló las preocupaciones psiquiátricas por las causas de las enfermedades corriendo del centro de reflexión a los síntomas, que habían dominado la escena hasta ese momento. Sabemos también que las concepciones de Morel promovieron el interés por los estudios familiares en pacientes psiquiátricos y por estudios de psiquiatría social, en un momento en que los movimientos de masas comenzaban a tomar la palabra en occidente; lo que no es tan claro es de qué manera influenció Morel a Magnan ya que no fue su discípulo y podía conocer su doctrina como cualquier otro psiquiatra de su época. Si pensamos en alguna otra influencia directa deberíamos acercarnos al pensamiento de Prosper Lucas, quien fue su maestro en Bicêtre y que publicó en 1847, diez años antes que Morel, una obra titulada "Tratado filosófico y fisiológico de la herencia natural dentro de los estados de salud y enfermedad".

Ahora bien ¿Cuál es el sentido con el cual gravita el término degeneración en la obra de Magnan? Veamos una definición suya de 1895: "La degeneración es el estado patológico del ser que, en comparación con sus generadores más inmediatos, en su constitución está menoscabada su resistencia psicofísica, y solo parcialmente propicia las condiciones biológicas de la lucha hereditaria por la vida. Este menoscabo se traduce en estigmas permanentes y en esencia es progresivo, salvo en caso de regeneración interrecurrente; cuando falta ésta, de-

semboca más o menos rápidamente en la aniquilación de la especie".

Vemos entonces que, por un lado, al hacer referencia a generadores más inmediatos retira su concepto del ámbito religioso referido a un tipo ideal humano originario pre-pecado y, por otro lado, referencias tales como condiciones biológicas de la lucha hereditaria por la vida lo inscriben en el marco del positivismo evolucionista que, vía Darwin, domina el pensamiento europeo finisecular.

En síntesis, la degeneración en Magnan supone un concepto biológico-hereditario que, en las afecciones mentales se expresa clínicamente a través de:

- La predisposición: estado inicial del degenerado, fragilidad psicológica u orgánica que puede variar de mínima a máxima y de lo cual depende la aparición de la descompensación.

- El desequilibrio: califica la pérdida de sinergia entre diferentes centros nerviosos y la pérdida de armonía entre las diferentes funciones.

- Los estigmas: la degeneración se expresa y evidencia a través de ellos. Pueden ser morales: retraso intelectual o afectivo, y desadaptación social, y físicos: atrofia, hipertrofias o distrofias.

Aclarado el concepto de degeneración en Magnan veamos qué papel juega en su nosografía. Si hacemos una aproximación global a la misma (Cuadro 1), encontramos en primer lugar una división mayor entre los estados mixtos y las psicosis o locuras propiamente dichas.

Los estados mixtos, que constituyen trastornos que cabalgan entre la psiquiatría y la patología general, no serán tratados en esta reseña; sólo se citan para permitir una visión de conjunto.

Las psicosis se dividen en dos grandes grupos: sobre terreno sano y sobre degenerados constitucionales. Sobre terreno sano presenta la manía y melancolía puras, llamadas por Magnan elementos simples, diferenciadas de una segunda entidad, las locuras intermitentes "accesos maníacos o melancólicos aislados o combinados de diversas maneras". Completa el grupo el Delirio Crónico de Evolución Sistemática, eje central de esta clasificación el cual se caracteriza por:

- Aparecer en sujetos normales, por accidente.

- Aparecer en edad adulta.

- Evolución lenta, progresiva y regular.

- Recorrer cuatro períodos:  
Inquietud e interpretación  
Persecución y alucinación  
Megalomanía  
Demencia

El ciclo completo puede durar 20 ó 30 años, su duración y la particular marcha en fases regulares evidencia, para Magnan, la resistencia del cerebro íntegro, sano, a la irrupción y desarrollo de la enfermedad.

El grupo de los degenerados constitucionales incluye cuatro grupos de delirios diferentes:

- Estados de excitación maníaca o depresión melancólica de tipo razonante.

- Delirio de los perseguidos-perseguidores.

- Delirio sistematizado, único, de instalación brutal, sin tendencia evolutiva.

- Delirio polimorfo, múltiple, de muy rápida evolución hacia un completo desorden. Estos delirios pueden ser breves, "bouffées delirantes" o prolongados, en ambos casos recidivan frecuentemente sin dañar la integridad mental.

Vemos entonces que para Magnan el único delirio que desarrolla sobre terreno sano es el Delirio

Crónico de Evolución Sistemática y que la nota esencial que lo define no es la cronicidad, que comparte con los degenerados, sino la evolución sistemática, fruto de la lucha del individuo a expensas de un cerebro sano.

El edificio de Magnan se sostiene sobre la teoría de la degeneración, de la cual las evoluciones posibles son una consecuencia teórica lógica; y sobre una precisa concepción de evolución de los delirios crónicos que toma de su maestro J. P. Falret y que contrasta con el delirio de Persecución presentado por Lasègue en 1852.

Con este ordenamiento piloteará la psiquiatría francesa de su tiempo y enfrentará los desarrollos de la obra de Kraepelin, su interlocutor alemán, quien publica la primera edición de su tratado en 1883, y con quien polemiza hasta ya entrado el siglo XX.

Su influencia caerá definitivamente al iniciarse la segunda década de nuestro siglo, por un lado porque la teoría de la degeneración es ya insostenible —así lo atestigua la tesis de Genil-Perrin de 1913 titulada "Historia de los orígenes y de la evolución de la idea de degeneración en la medicina mental"—; y por otro lado —en el terreno eminentemente clínico— porque Gilbert Ballet, al proponer en 1911 el grupo de las Psicosis Alucinatorias Crónicas hace una fuerte y fundamentada crítica a Magnan echando por tierra la veracidad e incuestionabilidad de su Delirio Crónico de Evolución Sistemática. En ese mismo año de 1911 se publica el artículo de Bleuler sobre la Dementia Praecox o "El grupo de las Esquizofrenias", en el Tratado de Aschaffenburg, que da vuelta una página comenzando otro debate que ocupó gran parte del siglo y que, por supuesto, escapa a esta presentación ■

#### Bibliografía general

1. Alexander, F., Selesnick, S., *Historia de la Psiquiatría*, Ed. Espaxs, Barcelona, 1970.
2. Bercherie, P., *Los fundamentos de la clínica*, Ed. Manantial, Bs. As., 1986.
3. Bercherie, P., *Presentación: Delirio crónico* par M. Magnan y P. Sérieux,

en *Analytica, Cahiers de Recherche du Champ Freudien*. Ed. Navarin, París, 1987.

4. Lantéri Laura, G., L'unicité de la notion de délire dans la psychiatrie française, en *Psychose Naissante, Psychose unique*, sous la direction de H.

Grivois. Masson, París, 1990.

5. Pereyra, C., *Parafrenias*, Ed. Salerno, Bs. As., 1965.
7. Pichot, P., *Un siècle de Psychiatrie*. Roche, París, 1983.
8. Postel, J., y Quétel, C., *Historia de la Psiquiatría*, F. C. E., México, 1987.

# Delirio crónico

J. J. Magnan y P. Sérieux

## Sinonimia(1) y generalidades

**D**urante largo tiempo, se agruparon con el nombre de delirios sistematizados, delirio de persecución, megalomanía, paranoia... especies nosológicas heterogéneas cuya naturaleza, síntomas y evolución son en realidad, muy disímiles. Sin embargo, es preciso diferenciar tipos clínicos radicalmente distintos, a pesar de las analogías superficiales; es preciso distinguir, entre los delirantes sistemáticos, aquéllos que son víctimas de alucinaciones permanentes y aquéllos cuyo delirio se forma sobre la base de interpretaciones; aquéllos cuya psicosis desemboca en la demencia y aquéllos cuya actividad psíquica permanece intacta. Es preciso por fin caracterizar, entre los perseguidos, a los que se tornarán megalómanos, luego dementes, sin posibilidad de volver atrás, y a los que, por el contrario, serán a su vez perseguidos, ambiciosos, hipochondríacos, místicos, y cuyo pronóstico es totalmente diferente. Es con este propósito que hemos descrito y aislado de las psicosis sistematizadas de los degenerados -alucinatorias o interpretativas- el delirio crónico de evolución sistemática(2) y el delirio de interpretación(3).

## Definición

El delirio crónico de evolución sistemática es una enfermedad claramente definida, metódicamente regular en su evolución, que recorre cuatro etapas sucesivas en las que el sujeto, aun siendo el mismo en el fondo, se presenta de modos diferentes. En la primera etapa está nervioso o inquieto, perseguido en la segunda, ambicioso en la tercera, para terminar en la demencia de la cuarta etapa. Estos alienados, a la inversa de los degenerados que pueden presentar desde el comienzo todas las formas de delirio, atraviesan

regularmente las cuatro fases de la enfermedad, tanto es así que el médico, en ausencia de mayor información, puede restablecer todo el pasado del delirante crónico e indicar con certeza los fenómenos que se desarrollarán más tarde. En general no se conoce bien la etapa de inquietud. Impresionado de manera dolorosa por el mundo exterior, el enfermo se vuelve sombrío, inquieto. No delira aún, pero se acostumbra a las interpretaciones erróneas, a las ilusiones sensoriales. Luego se organiza un delirio de persecución que se sistematiza progresivamente bajo la influencia de alucinaciones sensoriales, cenestésicas y motoras: se trata de la segunda etapa o etapa de persecución. Poco a poco, ciertas concepciones ambiciosas se mezclan con las ideas de persecución; estas concepciones terminan por predominar, luego hacen casi desaparecer al delirio de persecución: el enfermo llegó así al tercer estadio, o etapa de grandeza. Finalmente, la declinación intelectual avanza y al mismo tiempo se disuelven las concepciones delirantes. Es la etapa de demencia. Agreguemos que la enfermedad jamás retrocede: sigue su curso inexorable hasta la muerte, y se pueden encontrar delirantes crónicos cuyas psicosis se iniciaron hace veinte, treinta o más años.

Una vez que se admite esta evolución, basada en la observación de enfermos, es menester reconocer que, entre los distintos delirios sistematizados (de persecución, de grandeza, etc.), hay cierta cantidad que, lejos de representar distintas entidades clínicas, deben ser considerados como las etapas sucesivas de una misma enfermedad: el delirio crónico de evolución sistemática.

## Etiología\*

El delirio crónico no es una psicosis común, aunque es frecuente. Las distintas estadísticas de los de-

lirios sistematizados arrojaron resultados diferentes según se agrupara en una misma categoría a todos los perseguidos o sólo a los delirantes crónicos. Calmeil hallaba a 1 monomaniaco por 2,17 alienados. Lasègue, entre las mujeres, llegaba a 26 perseguidas entre 100 y entre los hombres, al 8%. Más recientemente, Planès, para el delirio de persecución llegaba al 12% entre las mujeres y al 6% entre los hombres. Ritti y Christian dan el 14% para las mujeres, siempre en cuanto al delirio de persecución, y el 6% para los hombres. Por fin, la estadística de Garnier informa que cada 100 alienados de cada sexo, hay 8 mujeres y 2 hombres con delirio crónico de evolución sistemática.

Vemos la diferencia considerable entre la estadística de Lasègue (delirio de persecución) y la de P. Garnier (delirio crónico). En la última hay, por el contrario, numerosos delirios de degenerados. Comprobamos que todos los autores señalan que la enfermedad aparece con mayor frecuencia en el sexo femenino.

A la inversa del delirio de los degenerados que puede manifestarse en cualquier edad, revelando así de manera precoz la tara original, el delirio crónico sólo aparece en la edad adulta, en general entre los 35 y 45 años, a menudo como secuela de penas y preocupaciones.

Otra particularidad importante es la integridad del estado mental anterior. Numerosos autores admiten una predisposición especial (constitución paranoica, Del Greco), caracterizada por un humor sombrío, tendencia a la misantropía, al orgullo, a la desconfianza.

En realidad, el delirio crónico alcanza generalmente a individuos sin ninguna tara intelectual y de inteligencia desarrollada: "El

\* Entre los capítulos Definición y Etiología, el texto incluía uno Histórico de unas 10 páginas suprimido aquí. (N. del Ed.)

delirio de persecución no es —dice Lasègue— la consecuencia de una forma del carácter, aparece en individuos que difieren mucho entre sí por su humor habitual". Tal vez se puedan hallar taras hereditarias en un delirante crónico, pero al mismo título que en los paralíticos generales, los maniaco simples o incluso los individuos bien equilibrados. Entre los delirantes crónicos, encontramos individuos con una cultura intelectual bastante desarrollada, y una predisposición real a la observación. No encontramos en ellos el pasado de los degenerados, tan rico a veces en aventuras, en desórdenes de todo tipo. La misma inestabilidad mental de estos sujetos los hace refractarios a una psicosis de evolución sistemática.

#### Síntomas y evolución (4 etapas)

##### 1. Etapa de incubación o de inquietud

La psicosis comienza insidiosamente con trastornos de la cenestesia. El enfermo experimenta un malestar general, se torna nervioso, excitable, inquieto, atento a los incidentes más triviales. Observa en la manera de ser de su entorno ciertos cambios que lo perturban. Preocupado, duerme mal, pierde el apetito, trabaja con dificultad. En esta etapa podría confundirse con un hipocondríaco si, a la inversa de este último, no tuviera ya una tendencia a buscar fuera de él, en influencias extrañas, la causa de los trastornos que sufre, a atribuirle a los otros el vago malestar que soporta.

Poco a poco comienza a interpretar los más mínimos gestos de los demás, las miradas ajenas. En las mujeres, aparece a veces un estado de celos muy característico. En esta etapa de la psicosis, le parece ser observado, se vuelve desconfiado". No son —dice Lasègue— grandes perturbaciones ni profundos dolores (...); se trata de emociones personales insignificantes para aquél que recibe las confidencias. Provocado por hechos nimios, el delirio no está acompañado por grandes trastornos de sentimiento".

Así pues, el delirante crónico se vuelve inquieto, se ve asaltado

por mil preocupaciones tenaces y no se interesa por nada más. Se torna indiferente a la vida política, insensible a las penas y alegrías de los suyos, absorto en las múltiples preocupaciones que le provocan los hechos más insignificantes. Para él, todo tiene un sentido personal: el sujeto capta alusiones, insinuaciones... Un gesto, una puerta que se abre, un vecino que tose o que escupe, una sonrisa, una mirada, cualquier cosa sirve como tema de una serie de interpretaciones erróneas. Para él, se trata de pruebas que vienen a confirmar convicciones cada vez más fuertes. El desdichado vive así en permanente acecho; espía, y ora sorprende en una conversación una frase que se atribuye (interpretación delirante), ora se ofende por una palabra insignificante que presenta una analogía con un insulto y que confunde con éste (ilusión). Finalmente, la

idea constante de una persecución, la tensión mental de estar siempre escuchando, terminan por afectar el centro cortical auditivo; el mero pensamiento basta para producir la imagen auditiva verbal: es la alucinación auditiva. El enfermo entra entonces en la segunda etapa de la psicosis.

##### 2. Etapa de persecución

Al principio, la alucinación auditiva no es verbal. Se limita a reproducir sonidos elementales. Se trata de "zumbidos", "campanas", luego vienen las "voces bajas", los "susurros". "Hablan tan bajo, dice el paciente, que no entiendo". Luego oye palabras aisladas pronunciadas en voz alta. A menudo se trata de insultos: "ladrón, asesino, sodomita" o de amenazas. Más tarde oye monólogos, conversaciones. Dado que el eretismo del centro auditi-





vo va en aumento, cada sensación auditiva puede provocar la alucinación verbal. El ruido del agua cayendo en la bañera, los latidos del corazón, el tic-tac de un reloj desgranar las frases: "Tiene usted razón... cerdo". Las voces pueden producirse sin ninguna excitación sensorial, en el más profundo silencio. El enfermo las oye constantemente; vienen de todos lados, del piso, de las paredes, del techo, a veces de lugares muy lejanos. Si el alucinado se vuelve, no ve a nadie, de allí la expresión tan empleada por los delirantes crónicos: "mis invisibles". Algunos explican sus voces por el teléfono, el fonógrafo. A veces estas voces no se diferencian en modo alguno de las palabras reales; a veces el enfermo distingue las "voces naturales" de las "voces hipnóticas". Estas últimas, nos explicaba uno de ellos, se transmiten por los tubos de la policía y se acompañan de un ruido "¡pap! ¡pap!" que se debe al ruido de los labios en el tubo. Algunos sujetos oyen que se repiten sus pensamientos apenas los formulan. Se trata del fenómeno de eco del pensamiento. "Todo lo que pienso lo escucho a lo lejos, me roban mis pensamientos".

A veces, cada acto del sujeto es enunciado en voz alta, la idea que acompaña al acto basta para evocar la imagen auditiva correspondiente. El enfermo escucha decir: "Vaya, ahora se viste..." etc. A menudo las alucinaciones no le dan tregua alguna, lo exasperan con la repetición incesante de los mismos insultos. "Esa lluvia de susurros -escribe uno de ellos- que cae permanentemente sobre uno, termina por ser algo grotesco y monstruoso a la vez...". En algunos casos, la alucinación es imperativa y el paciente obedece pasivamente a la orden que se le da (asesinatos, suicidios).

A medida que avanza la enfermedad, se producen palabras, frases, fuera de la corriente de ideas de los sujetos; el centro cortical se emancipa, entonces, el delirante crónico es interpelado por sus enemigos y al responderles, sin saberlo, produce un verdadero diálogo. A veces asiste a conversaciones más complicadas. Hay un acusador, un defensor; una voz insulta, la otra alienta; finalmen-

te, como en la comedia antigua, a veces interviene un tercer grupo de personajes. Se trata del coro que da su parecer sobre los hechos enunciados. Cuando el insulto es divertido, el coro ríe y se burla, protesta en cambio si el insulto sobrepasa la medida y aprueba las palabras del defensor.

La alucinación, que comúnmente afecta las dos mitades simétricas del mismo sentido, es unilateral en algunos casos. El paciente es influenciado sólo a través de un oído. A veces uno, el derecho, por ejemplo, oye frases agradables, mientras que el izquierdo percibe los insultos.

Las alucinaciones auditivas nunca faltan en el delirio crónico: constituyen uno de los elementos sintomáticos más importantes, sin ser exclusivas de otros trastornos sensoriales.

En algunos sujetos, la excitación del centro cortical auditivo se propaga al centro motor del lenguaje que está fuertemente ligado al estado fisiológico. Se trata de las alucinaciones psíquicas de Baillarger o motoras verbales de Séglas. Voces interiores hablan silenciosamente en el estómago, en la garganta; los enfermos oyen voces "que no son voces, que no resuenan en los oídos...". He aquí un fenómeno psicomotor provocado más o menos directamente por la alucinación auditiva. Sin embargo, las alucinaciones motoras verbales serían, a veces, las primeras en aparecer (Régis).

Los trastornos alucinatorios psicomotores no sólo comprometen a la función del lenguaje oral o escrito: a veces se extienden a las funciones motoras en general (movimientos imaginarios de una parte del cuerpo o del cuerpo entero; impulsos, fenómenos de detención). En ciertos casos, son las alucinaciones psicomotoras y no los trastornos sensoriales, las que están en el primer plano del cuadro sintomático por su precocidad, su frecuencia, su intensidad (variedad psicomotora de Séglas). A este predominio marcado de los trastornos psicomotores, se le agregan a menudo las siguientes particularidades: mayor frecuencia de las alucinaciones visuales, pocas alucinaciones auditivas, sobre todo verbales, desdoblamiento acentuado de la perso-

nalidad, idea de posesión, a menudo de carácter místico(4).

Son muy frecuentes los trastornos de la sensibilidad general (alucinaciones táctiles o cenestésicas). Los enfermos sienten hormigueos, roces, pellizcos, pinchazos, choques, sensaciones de corriente eléctrica, de calor o de frío, etc. Experimentan dolores, quemaduras en diferentes órganos que también se encuentran desubicados, deformados; perciben cuerpos extraños, vivos o inanimados, en su propio cuerpo. Uno siente insectos que caminan sobre su piel, otro se queja de quemaduras, aquél está magnetizado por sus enemigos, aquel otro es consumido desde el interior por vampiros, otro más está siendo "desangrado a distancia por largos tubos", etc. Una de nuestras enfermas sentía "como si hubiera carne que se estaba adaptando a su propia carne, sin por ello confundirse con ella...".

Las alucinaciones genitales, frecuentes sobre todo en la mujer, tienen a veces tal importancia que relegan a un segundo plano a las alucinaciones auditivas. Las pacientes pretenden ser el objeto de odiosos ultrajes que se repiten sin cesar: las violan, cometen sobre ellas actos obscenos hasta en su propia cama, junto a sus maridos. Una de ellas se acostaba de lado, poniendo las caderas en una cacerola para protegerse contra sus "execrables torturadores que, durante toda la noche le introducían cuerpos extraños de todo tipo en las partes sexuales".

Las alucinaciones olfativas no son poco frecuentes: olores a orina, excrementos, a azufre, etc.; el enfermo se queja de que lo adormecen con gas, etc. A veces existen trastornos de la sensibilidad gustativa: sabor metálico, gusto a arsénico, a veneno, a narcóticos. Es difícil describir aquí las ilusiones e interpretaciones provocadas, por ejemplo, por un estado defectuoso del aparato digestivo. Algunos enfermos llegan a rechazar cualquier alimento por miedo a que los envenenen.

Las alucinaciones visuales son las menos, fuera de toda intoxicación alcohólica concomitante. Fueron negadas por Lasègue, Legend du Saulle y Falret. No obstante, hay casos en los que, en ausencia de toda complicación (in-

toxicación, neurosis o enfermedad orgánica), aparecen alucinaciones visuales. Observamos a un enfermo que tenía alucinaciones visuales muy claras: su perseguidor se le aparecía ya sea mostrando sólo los ojos, ya su rostro haciendo muecas.

Todos estos elementos sensoriales mórbidos, que invaden la conciencia, se vuelven los únicos elementos de la actividad intelectual conservada y dedicada, a partir de este momento, a la sistematización del delirio. Paralelamente a la extensión de los trastornos alucinatorios, y gracias al encadenamiento de las interpretaciones delirantes, las ideas de persecución adquieren cada día una intensidad mayor; el delirio se coordina y se implanta en la mente con mayor profundidad. Las ideas delirantes se circunscriben, se limitan, se precisan. Ciertos hechos del pasado reciben una explicación nueva conforme al sistema delirante (delirio retrospectivo). El paciente quiere conocer a los que lo persiguen así, cómo actúan sobre él y con qué fin lo atormentan. Ya no se trata de las locuciones vagas de un comienzo: "ellos me guardan rencor, me persiguen". Al precisar sus acusaciones, el delirante crónico denuncia a sus perseguidores, asociación cualquiera a la que atribuye un poder peligroso: es la policía secreta, la masonería, los jesuitas, los médicos, etc.

La sistematización del delirio avanza día a día. El carácter insólito de los trastornos experimentados lleva a estos delirantes a considerar como medios de persecución tanto a la física, a la electricidad, al teléfono, al magnetismo, a la sugestión, a los rayos X, etc., como, en otro orden de ideas, a la magia, a los poderes ocultos, a la brujería, a los diábolos, a los espíritus, etc.

Los motivos por los que los delirantes crónicos se dicen perseguidos son tan variados como los medios de persecución. Uno es atormentado por la Internacional por no haber querido participar en la Comuna; otra se queja porque la hacen caer en estado de letargo a fin de abusar de ella; éste piensa que sus enemigos quieren su dinero, aquél que le roban sus pensamientos para hacer un libro con ellos, etc. De deducción en

deducción, el delirante crónico se forma una convicción inalterable. Pronto denunciará a un personaje determinado como el perseguidor responsable de su sufrimiento.

En cuanto a las reacciones, el delirante crónico pasa en general por las siguientes etapas: huye, se defiende, ataca.

Al comienzo pasa sus días espiando a los vecinos, trata de evitar a sus enemigos, deja su taller, su oficina, se muda permanentemente, a veces viaja y cambia de nombre para despistar a sus perseguidores. Aquél que teme al envenenamiento se prepara sus propias comidas; otro que debe escapar a descargas eléctricas, se pone un corset con imanes y calcetines de seda.

A este período le sigue uno de defensa activa. Los enfermos se quejan en todas partes, ante el comisario, ante el fiscal general, ante cualquiera que vean. Uno de ellos lanza su candidatura a las elecciones municipales, señalándole al público "el horrible crimen que se cometió en su contra. Si votan por mí, -dice- con el voto protestarán contra el siniestro horror de la comunicación electromagnética a distancia".

Otros enfermos se encierran en su casa, pasan meses sin cambiar-

se de ropa, tapan todos los orificios, cubren con papeles, con diarios, las paredes y las ventanas de su habitación. Algunos, fatigados por esta lucha sin tregua, se desesperan y no encuentran otra salida más que la muerte.

Pero otros, más numerosos, se arman para defender su existencia; se tornan agresivos, se consideran como en estado de defensa propia: es el período de las reacciones peligrosas. Se levantan por las noches, encienden su linterna y salen a acechar en la escalera empuñando un revólver. A menudo estos sujetos, afectados por una alucinación, golpean a un transeúnte con su paraguas o con un cuchillo. Entonces nombran a los que los persiguen, los amenazan, los persiguen a su vez, los espían y a veces los matan. Otros enfermos recriminan, demandan. Este período de agresividad aparece más o menos rápidamente y las formas de ataque varían según el carácter del sujeto.

Es así como el delirante crónico pasa varios años de su existencia, entre alucinaciones y persecuciones; luego, el delirio termina por estereotiparse; el paciente crea neologismos, ya que no encuentra en el idioma las palabras que convengan al mundo de sensaciones nuevas en el que vive. Uno está "emetizado", otro recibe "giladas" de estricnina, otro más oye ruidos de "papotamiento". Los hay que acusan a los "husmeadorillos", a los "langosteros", la "desauscultación", la "subyugación"; les roban sus intusiones.

En este período el enfermo está ya muy transformado. Bajo los efectos de la inanición y del insomnio, el estado general puede tornarse muy malo. Las pruebas a las que el delirante crónico se ve sometido sin cesar, esa forma de *surmenage* de todos sus centros sensoriales y sensitivos, la permanente tensión mental, le provocan fenómenos de agotamiento nervioso. Estos trastornos funcionales le dan al delirio un nuevo impulso. "Al enfermo le extraen el cerebro, le impiden pensar, se siente próximo a perder la razón". La actitud del delirante crónico es ahora característica.

Acosado día y noche por sus "invisibles", intenta, con mil subterfugios, ponerse fuera del alcan-



ce de sus "torturadores", se envuelve la cabeza con pañuelos, se pone un velo frente al rostro, se tapa los orificios nasales, las orejas, se frota los ojos, la nariz, llena su boca con papel y adopta las posiciones más extrañas. Pasa la noche completamente vestido, luchando contra el sueño. Para él, el mundo real ya no existe. Dedicado por completo a su sufrimiento, indiferente a todo lo que no puede servir para la sistematización de su delirio, da muestras de un egoísmo desmesurado, trata a todos con desconfianza, se niega a veces a dar una respuesta si no es frente a un abogado, o responde a las preguntas del médico con una reticencia característica: "Usted sabe la respuesta". Y sin embargo, en la mayoría de los casos, la lucidez persiste, la memoria permanece intacta, el enfermo puede mantener una conversación o escribir con apariencia razonable.

Al tiempo que el delirio se coordina y estereotipa (etapa de cristalización de Falret), la personalidad del delirante crónico sufre alteraciones cada vez más grandes que, tarde o temprano, terminan por trastornar la unidad del yo. A medida que se acentúan los trastornos auditivos y que a la alucinación constituida por palabras aisladas le sucede el diálogo, el eco del pensamiento, las alucinaciones motoras verbales y otros trastornos psicomotores la personalidad se ve cada vez más afectada. "El miserable que me mantiene en estado de comunicación -dice uno de ellos- me ha aplastado y molido tanto, ha sometido hasta tal punto mi naturaleza y se ha adherido con fuerza superior a mí, a mi ser, a mi fibra, que a pesar de toda mi resistencia él toca, a distancia, contacta, visita mi cerebro y las cosas que allí hay como quiere, como podría hacerlo yo mismo. Por fin, ese miserable ha entrado tanto en mi materia, se ha adherido tanto a mi individuo que allí donde voy, allí él ve por mis ojos todo lo que hay y escucha con mis oídos".

No son las alucinaciones auditivas las que más alteran la personalidad del delirante crónico. Mucho más importante es el papel de las sensaciones viscerales, de los trastornos de la sensibi-

lidad general y de los psicomotores. En los casos en los que predominan los trastornos de la cenesesia, la aparición en la conciencia de un haz de sensaciones internas, insólitas, sin relación con los elementos del yo normal, tiende a formar una segunda personalidad. "Me cambian de carne y de sangre, decía una enferma, ya no siento nada, mi carne está muerta, me empequeñecen, me deforman, me imprimen el velo de la ceguera. Anteayer, casi no me reconocí, me están robando el cerebro, están inoculándome personas extrañas, me están poniendo cabezas de enfermos en la mía, por momentos ya no soy yo misma, soy un muchacho. En tanto haya una parcela de mí misma, no me dejarán tranquila".

Entonces surgen ciertas ideas en la conciencia, que el paciente no reconoce como propias. "Me están cambiando el carácter, me quitan el recuerdo y el pudor. Me quitan todo sentimiento, ya no podría reconocer a mis hijos, es un desmembramiento de mí todo. Le dieron la mitad de mi cabeza a otro individuo".

El sujeto termina por creer que tiene una doble personalidad. Una de nuestras enfermas pretendía que la emperatriz Eugenia se había introducido en su cuerpo y vivía en él a su antojo. Otra, tenía una cabeza envenenada en su propia cabeza. Tenía en su cuerpo a otra mujer que a veces "se endurecía, se hinchaba, tenía protuberancias". Esta otra mujer la sustituía en sus relaciones conyugales y en ese caso ella misma quedaba indiferente.

Hemos terminado así con la exposición de la segunda etapa del delirio crónico. A pesar de la extensión, siempre en aumento, de la psicosis, las facultades psíquicas más importantes subsisten indemnes hasta aquí. Pero su integridad va a empezar a verse comprometida por la duración del delirio y aparecerán entonces las ideas de grandeza.

### 3. Etapa de grandeza

La aparición de las ideas de grandeza se observa no sólo durante el delirio crónico, sino también en degenerados cuya inteligencia tiene una tara de origen, o

bien en individuos cuyo nivel mental baja como consecuencia del avance de la enfermedad: paralíticos generales, alcohólicos crónicos, intermitentes, melancólicos ansiosos. Lo mismo ocurre con los delirantes crónicos y, como lo hiciera notar P. Garnier, el paso que media entre las ideas de persecución y las ideas de grandeza indica una ruptura aún más profunda con lo posible y verdadero. La inteligencia comienza a perder su integridad tanto por la edad como por la duración de la vesanía misma.

Desacostumbrado al mundo real, invadido por trastornos cenesésicos múltiples, el sujeto se halla preparado para aceptar una personalidad nueva. De este modo, el perseguido, el paria, se transforma en un personaje ilustre, poderoso, el jefe del Estado, es millonario y se autoproclama de "raza infalible y triplemente real". Uno exclama: "Están viendo al hijo de Napoleón"; otro habla de millones y se dice propietario del asilo. aquélla es perseguida por un clérigo que quiere robarle una herencia de treinta millones; aquella otra es "hija de Luis Felipe, sobrina y ahijada del soberano pontífice". A veces las ideas de grandeza alcanzan un nivel extraordinario. Un enfermo de Arnaud se expresa como sigue: "Yo controlo y dirijo el mundo; yo soy el origen, la fuente, el principio, el vínculo, y la vida eterna. Yo soy el sueño de Dios, los estados-Dios de todo lo que hay". Se queja de que hayan "destruido sus nueve pisos de cabeza de doble superficie". Otra enferma declara ser "la Madre, la Hermana y la Hija de Dios(5)".

Este paso hacia las ideas de grandeza, como dice Foville, se realiza a menudo por deducción lógica. Los perseguidos se dicen que deben ser grandes personajes ya que atrajeron tantos odios tenaces. Una de nuestras enfermas exclamó un día: "Si no hubiera sido inteligente, no me habrían atacado: vendieron mi orgullo a 15.000 F, mi carácter a 45.000 F, me sacan los pensamientos para hacer "un libro". Los delirantes crónicos descubren entonces que tienen un origen y facultades sobrenaturales. La familia cuyo nombre llevan no es más que una familia de adopción; en realidad, ellos descienden

de reyes, tienen que cobrar una herencia colosal, etc.

Para Marandon de Montyel, la transformación del delirio no se debe a una deducción lógica, sino al carácter anterior del enfermo resumido en dos palabras: desconfianza y orgullo. Christian hace notar que estos alienados ya no son aptos para hacer deducciones lógicas y que la megalomanía puede aparecer como un accidente fortuito: sueño, reminiscencia.

A veces, es una alucinación la que da origen a la idea ambiciosa: una de nuestras enfermas oye que la llaman "reina de Francia"; un perseguido oye que lo saludan con el nombre de "Napoleón". Una mujer, luego de diez años de persecución, oye la voz de Dios que le dice: "Todo lo que digas, sucederá", así es que se cree profeta y cambia sus gestos y actitud.

A veces, cosa extraña, el delirante crónico resiste largo tiempo a esta sugestión de origen sensorial. Las alucinaciones que tienden a provocar las ideas ambiciosas no favorecen la convicción, en un primer momento: "Me dicen que seré reina -nos decía una enferma- pero yo no lo creo".

Camuset no cree que la deducción lógica pueda bastar para transformar al delirio. "No logramos -nos dice- poner al perseguido en la senda de las ideas ambiciosas, a pesar de los argumentos que esgrimamos para hacerlas aparecer. Asimismo, las causas accidentales no consiguen nada, en tanto el cerebro no se halle maduro para las ideas de grandeza".

Así también, admitimos que la alucinación auditiva no basta para crear el delirio ambicioso. La transformación del delirio se prepara durante un tiempo muy largo y el trastorno sensorial sólo "le da una fórmula", al decir de Garnier.

A veces la transformación del delirio tiene lugar espontáneamente, sin que se pueda hallar la causa determinante. Parecería que el terreno se volvió propicio para la eclosión de las ideas ambiciosas; el paciente, como lo hace notar Christian, soporta su delirio pasivamente.

En los casos en que la transformación de la psicosis es de origen intelectual, los trastornos sensoriales concuerdan siempre con el



nuevo matiz de las ideas delirantes; junto con las alucinaciones dolorosas, "las voces del demonio", se oyen "voces consoladoras, celestiales", que reconfortan al paciente y contribuyen a la sistematización del delirio ambicioso. En el caso de las alucinaciones bilaterales de carácter diferente, las alucinaciones dolorosas disminuyen en el oído que podríamos llamar perseguido, a medida que el delirio se transforma y que se desarrollan las alucinaciones del oído ambicioso. Los olores a fósforo y a azufre son remplazados por perfumes de iris y de vainilla; a los sabores amargos y sospechosos le siguen sabores de curaçao y de almendra.

Para J. Falret, las ideas de grandeza serían sólo un delirio agregado al delirio de persecución. Para nosotros se trata, en cambio, de una transformación capital de la psicosis. En efecto, el delirio de persecución termina por atenuarse: "Son tonterías -dice el enfermo- ya no les hago caso". Por fin, dicho delirio desaparece poco a poco para dar lugar a las nuevas concepciones delirantes. Es así como se crea una nueva personalidad, muy diferente de la del delirante crónico en la etapa de persecución.

El delirio de grandeza es en general un síntoma de mal augurio que indica que la inteligencia ha perdido su integridad. Poco a poco, se sistematiza, se circunscribe; el sujeto perfecciona su vocabulario de neologismos. La idea delirante se enuncia entonces siempre de la misma manera y de modo estereotipado. Ciertos delirantes crónicos adoptan un gesto, un movimiento invariable que responde a ideas delirantes.

Es conveniente tener en cuenta que la transformación del delirio no siempre es notoria, ya que el enfermo no siempre es expansivo y a veces guarda para sí sus ideas de riqueza y de grandeza. Incluso puede disimularlas con extremo cuidado y mostrarse extraordinariamente reticente(6). Entonces es preciso buscar con particular atención la transformación de las ideas delirantes. A veces una modificación del carácter, de la fisionomía, de la actitud, de las relaciones con la familia o el entorno, nos dan la pista. A pesar de todo, el tránsito de la segunda a la tercera etapa del delirio crónico puede pasar inadvertido. Falret nos dice: "me ha sucedido con frecuencia desconocer durante mucho tiempo la existencia del delirio de orgullo en los perseguidos crónicos, aun tratándose de aquéllos con quienes viví íntimamente durante varios años y sólo muy tarde pude verificar ese delirio de grandeza que existía desde hacía tiempo en estado latente... Es necesaria una circunstancia accidental o una feliz coincidencia para que el médico llegue a descubrir su existencia".

Marandon de Montyel y Camuset demostraron que otra causa de error puede impedirnos ver la transformación ambiciosa. No es necesario que el delirante cónico se proclame "Dios" o "rey". La desaparición de los trastornos sensoriales dolorosos, el optimismo, la opinión exagerada que el enfermo tiene de sí mismo, la aparición de ideas de defensa (Séglas) bastan para cambiar totalmente el matiz del delirio y modificar de punta a rabo la personalidad. ¿No se trata acaso de una nueva etapa que no puede confundirse con la fase de persecución? Citaremos como ejemplo a una delirante crónica que, en el comienzo de la etapa ambiciosa, mientras que los tras-

tornos sensoriales dolorosos estaban aún muy activos, imaginaba que tenía poderes sobrenaturales y que les devolvía a los perseguidores la electricidad con la que éstos la atormentaban. Hería a sus enemigos con el pensamiento; le clavaba un cuchillo en la cabeza a un muchacho que se había inoculado en ella: "Maldigo a tus hijos -decía- hasta la cuarta generación, te pongo un hierro candente en la cabeza!".

En general, el delirio ambicioso se traduce por comportamientos característicos. Cesan las quejas y las recriminaciones. El enfermo adopta una actitud toda altanería y desprecio. Sonríe irónicamente, se niega a dar la mano, guarda un desdeñoso silencio. Si se decide a hablar, confiesa las persecuciones que sufría en otra época, "pero no es nada ahora", actualmente, es completamente libre, el asilo le pertenece y, si así lo quisiera, le abrirían las puertas; oye voces a distancias prodigiosas, pues está dotado de un oído excepcional. A veces hay acciones bizarras que son el resultado de su creencia en un poder sobrenatural. Observamos a una mujer que abría y cerraba bruscamente la boca mostrando los dientes: imaginaba que así se tragaba a sus enemigos: "le bastaba con una dentellada para hacerlos desaparecer".

Hemos descripto los caracteres generales del delirio crónico; pero el aspecto del enfermo varía según sus creencias, su educación, el medio social en el que vivió. Se nutre de estos elementos para edificar su delirio y darle así la marca de su propia individualidad. En el final de la Edad Media y durante el Renacimiento, se hablaba de brujería, de posesión diabólica, de incubos, de súcubos; en el siglo XVIII, el mesmerismo, el fluido magnético, más tarde las mesas giratorias, los espíritus hechiceros, les dieron a los pacientes la explicación de sus sensaciones mórbidas. Hoy en día son las fuerzas naturales, electricidad, física, química; es el hipnotismo, ciertas corporaciones que tomaron el lugar de lo maravilloso de los siglos pasados.

Asimismo, mientras que los delirantes crónicos ambiciosos de antes eran teómanos, se llamaban profetas, Dios, Anticristo, Juana

de Arco, los de hoy día son emperadores, reyes, presidentes de la República, millonarios, reformadores, etc.

Estos variados aspectos de las concepciones delirantes no son más que fenómenos accesorios; el hecho capital consiste en la transformación de las ideas de persecución en ideas de grandeza. Lo que es preciso considerar es, no ya el matiz del delirio, sino su evolución. Esta marcha progresiva de las ideas de persecución hacia las ideas ambiciosas le otorga al pronóstico su carácter grave. Desde ahora el enfermo se encaminará más o menos lentamente hacia un estado de debilitamiento psíquico.

#### 4. Etapa de demencia

Poco a poco el nivel mental decae, la memoria se debilita, se borra el recuerdo de las distintas etapas del delirio, la actividad intelectual se limita a repetir algunas fórmulas estereotipadas. El delirante crónico se muestra desde entonces indiferente a todo lo que lo rodea, a veces adopta actitudes especiales invariables, se mantiene aparte, inmóvil, a veces hablando solo y en voz baja, o haciendo de pronto ciertos gestos, siempre los mismos, en relación con concepciones que no cambian más. Si se lo interroga, mira, aparentemente asombrado, no responde o da, en un lenguaje sembrado de neologismos, una respuesta confusa, difícilmente inteligible.

J. Falret se niega a admitir la etapa de demencia. Es cierto que después de veinte o treinta años algunos delirantes crónicos pueden aún conversar razonablemente sobre temas ajenos a su delirio; pero en otros, el nivel mental baja considerablemente. A la decadencia intelectual debida a la evolución de la psicosis se agrega la senilidad, pues el delirio crónico empieza en la adultez y tiene una evolución de veinte, treinta y hasta cuarenta años. Las lesiones cerebrales seniles bastan para provocar la disminución de la memoria, la sensiblería, la confusión en las ideas. El patrimonio intelectual se va disolviendo así cada día bajo la doble influencia de la marcha progresiva de la vesanía y de

los trastornos de nutrición de la corteza cerebral. Nos vemos obligados a admitir que luego de la etapa de grandeza del delirio crónico se manifiesta una real decadencia de la inteligencia, nueva fase de la enfermedad que podemos designar con el nombre de demencia. Este término se refiere de manera general a los estados intelectuales que van declinando.

#### Diagnóstico

Ahora veremos las distintas formas clínicas que presentan puntos de contacto con el delirio crónico para observar las características que las diferencian de este último. Este diagnóstico diferencial se verá facilitado si se tienen presentes los elementos característicos de la enfermedad: psicosis alucinatoria crónica, evolución sistemática, en cuatro etapas: inquietud, persecución, grandeza y demencia. Los estados melancólicos se distinguen por el estado de depresión y el dolor cenestésico primordial que constituyen sus síntomas esenciales. Se agregan ideas de culpabilidad, de ruina, trastornos somáticos. Por fin, las alucinaciones son en general menos importantes que en el delirio crónico. Inicio, evolución, duración, final, constituyen otras tantas diferencias entre las dos enfermedades. El melancólico es un culpable; el perseguido, una víctima. La génesis de las ideas delirantes y de las alucinaciones es muy diferente en las dos formas. En la primera, sólo son, de alguna manera, el eco de las preocupaciones dolorosas íntimas del paciente; en la segunda, sorprenden a la conciencia, provocan protestas. En una etapa más o menos avanzada de la melancolía ansiosa, se produce a veces un delirio de negación (Cotard), que puede considerarse como la antípoda de la fase de grandeza del delirio crónico. En ciertos casos se produce una pseudomegalomanía, caracterizada por ideas de inmortalidad y de inmensidad que Cotard describió con el nombre de delirio de enormidad: el paciente es infinito en el tiempo como en el espacio. Lejos de que esta enormidad sea una compensación para el delirio melancólico, indica en realidad el grado

más excesivo del mismo. E incluso, cuando este delirio desemboca en verdaderas ideas de grandeza, éstas permanecen teñidas por un matiz melancólico; la confusión con el delirio crónico es casi imposible.

No podemos desconocer el delirio alcohólico agudo o subagudo. En efecto, éste lleva la marca de las psicosis tóxicas. Predominan las alucinaciones, las ilusiones visuales, mientras que, en el delirio crónico, se trata sobre todo de trastornos sensoriales auditivos. Además el alcohólico se encuentra asustado, incluso aterrizado, mientras que el delirante crónico no se preocupa por las persecuciones que sufre más que



para quejarse amargamente. En el primero, los fenómenos mórbidos tienen la movilidad de las visiones de un sueño (delirio onírico), las concepciones son confusas, la conciencia se halla trastornada; en el segundo, las alucinaciones tienen una claridad perfecta y se aprecian y discuten con una inteligencia lúcida. Las alucinaciones auditivas, cuando se muestran en el alcohólico, son menos complejas que las del delirante crónico; no existen los fenómenos de diá-

logo, de eco del pensamiento, que necesitan de una larga incubación. En general se trata de reproches, gemidos, insultos que aparecen sin orden, percepciones vagas: ruido de campanas, música, cantos, gritos confusos. Esta confusión alucinatoria no existe en el delirante crónico. Por fin, la brusquedad del inicio, la brevedad y la posibilidad de cura del delirio tóxico, el insomnio, los trastornos digestivos y el temblor que lo acompañan, son otras tantas particularidades características.

En ciertos casos, recordémoslo, el delirio alcohólico puede implantarse sobre un delirio crónico preexistente; hay que cuidarse de los errores que podrían producirse por la coexistencia de estas dos psicosis.

Es conveniente señalar que en ciertos degenerados la intoxicación alcohólica puede determinar un delirio de persecución alucinatoria que se parece a la segunda fase del delirio crónico. Las alucinaciones auditivas predominantes se acompañan de alucinaciones olfativas, gustativas, trastornos de la cenestesia y determinan ideas de persecución muy activas, más o menos sistematizadas, que pueden subsistir durante meses enteros.

Algunos síntomas nos harán pensar en esta psicosis alucinatoria alcohólica, como ser: la actividad de las alucinaciones visuales, el predominio de las ideas de celos, de envenenamiento, impulsos homicidas, sin mencionar los signos físicos y psíquicos de la intoxicación alcohólica y de la evolución.

No insistiremos en las ideas de grandeza y de persecución que se muestran en el transcurso de la parálisis general. Nada difiere más del delirante crónico perseguido o ambicioso que el paralítico general. En este último, la actitud no está en armonía con el delirio; las concepciones delirantes llevan la huella del estado mental que las originó. Son móviles, incoherentes, múltiples, extravagantes y pueriles. Detrás de las ideas de persecuciones confusas del paralítico, se muestran los signos de un debilitamiento intelectual generalizado: los enfermos las emiten como vienen, sin preocupación alguna sobre lo que dijeron antes, ni sobre lo que dirán después. Sin embargo, es necesario saber que a

veces en la parálisis general se observan delirios alucinatorios de persecución más o menos sistematizados (forma sensorial).

En la *tabes dorsalis*, se pueden observar ideas de persecución provocadas y mantenidas por los trastornos sensitivos y sensoriales debidos a la afección cerebro-espinal. Pero estas ideas no tienen una marcha evolutiva y no podrían confundirse con las del delirio crónico. Lo mismo sucede respecto de las ideas de persecución o de grandeza que pueden mostrarse en la parálisis agitante, en los epilépticos, en los dementes seniles, en los sujetos afectados por lesiones cerebrales circunscritas. A pesar de las analogías superficiales, hay una gran distancia entre estas ideas mal sistematizadas, secundarias y episódicas y las del delirio crónico.

En cuanto a la confusión alucinatoria aguda (*hallucinatorischer Wahnsinn*, Krafft-Ebing; *amentia*), ésta se distingue por un defecto de sistematización y por el trastorno profundo de la conciencia asaltada por alucinaciones múltiples. Aquí el delirio es puramente sensorial; todo va a la buena de Dios y el enfermo, verdadera presa de sus sentidos, desorientado, sin conciencia del tiempo ni de los lugares, ha perdido toda noción exacta del mundo exterior. El borrascoso inicio, las circunstancias etiológicas (delirio de los prisioneros, psicosis post-febriles y puerperales), la frecuente cura, son otros tantos puntos diferenciales.

Es menester distinguir ahora las psicosis sistematizadas de los degenerados del delirio crónico. Recordemos que los degenerados tienen un cierto número de caracteres casi patognomónicos.

Desde el punto de vista somático, la mayoría tiene diversas malformaciones que son el sello de su decadencia: se trata de los estigmas físicos de la degeneración (malformaciones del cráneo, del rostro, de los miembros, de los órganos genitales, etc.). Desde el punto de vista psíquico, en todos ellos el desequilibrio mental es una constante. En estos enfermos hallamos una serie muy variada de impulsos, obsesiones, fenómenos emotivos: dipsomanía, onomatomanía, locura de la duda, delirio del tacto, cleptomanía, piro-

manía, impulsos homicidas, suicidas, inversión del sentido genital, agorafobia, etc. Estos trastornos tienen como rasgo común el carácter irresistible del impulso, la angustia concomitante, la conciencia completa del estado y la satisfacción consecutiva a la realización del acto. Estos síndromes episódicos de la degeneración, constituyen otros tantos estigmas psíquicos. En los degenerados, las manifestaciones delirantes están marcadas por el terreno especial en el que se originan. Recordemos el inicio frecuente en la juventud e incluso en la infancia, la aparición a menudo brusca de las ideas delirantes, la ausencia de evolución y de sistematización o la sistematización menos perfecta, el polimorfismo del delirio, su posibilidad de curarse, la ausencia, en ciertas formas, de trastornos sensoriales (delirio sobre la base de interpretaciones, delirio de reivindicación).

Para el diagnóstico diferencial del delirio crónico con las psicosis de los degenerados, el estudio del pasado de los enfermos nos da ya indicaciones muy útiles. En el delirante crónico no encontramos los antecedentes hereditarios ni el desequilibrio mental anterior. Hay numerosas diferencias respecto de la edad en la que aparece el delirio, del comienzo de este último, de su aspecto sintomático, de su evolución y de su final. El delirio crónico se inicia en la edad adulta; la psicosis del degenerado puede desencadenarse en cualquier edad, incluso en la infancia (variedad filial del delirio de interpretación). En el delirante crónico hallamos un largo período de incubación que contrasta con el estado mental anterior del sujeto; el inicio de la psicosis del degenerado es a menudo brusco (delirio agudo). En el delirio agudo no hay ninguna característica de la primera etapa por la que pasa el delirante crónico. La psicosis, que evoluciona en un terreno de degeneración eminentemente favorable, da lugar rápidamente a trastornos alucinatorios intensos, a las alteraciones de la personalidad que en el delirante crónico requieren de una larga elaboración. Ya en un comienzo el degenerado formula sus ideas ambiciosas que en el otro sólo aparecen cuando la resistencia cerebral

es afectada por una psicosis de larga data. He aquí la explicación, hasta cierto punto, de las frecuentes fragilidad y brevedad del delirio de los degenerados.

Pero lo que caracteriza además a los delirios de los degenerados en la etapa de estado, son, por un lado, las frecuentes variaciones en las formas del delirio, por otro, la posible coincidencia de varias ideas delirantes. Las psicosis degenerativas son en efecto proteiformes, múltiples, polimorfas. La coexistencia de las ideas de grandeza y de las ideas de persecución es particularmente frecuente; pueden asociarse, además, con delirios místicos, eróticos, hipocondríacos, con estados maníacos o melancólicos. Estas diferentes formas también pueden desaparecer, remplazarse, reproducirse, sin que se pueda comprobar nunca una sucesión evolutiva determinada. Un enfermo que hoy es un perseguido, en unos días puede ser hipocondríaco. El contraste es sorprendente entre la irregularidad, el polimorfismo de estas psicosis y la evolución metódica del delirio crónico. Agreguemos que si bien algunos de estos delirios (delirios interpretativos) no descansan sobre trastornos sensoriales, para la mayoría los fenómenos alucinatorios, por su intensidad y multiplicidad, llevan a un estado de confusión, a una obnubilación de la conciencia que impiden la sistematización del delirio.

Finalmente, en el degenerado pueden aparecer impulsos, obsesiones varias que constituyen otros tantos síndromes episódicos de su estado de desequilibrio mental. Junto con estos delirios de persecución y de grandeza cuyo aspecto especial los muestra como asociados con la degeneración mental, hay otras psicosis sistematizadas de los degenerados que pueden confundirse en ciertos casos con el delirio crónico. Veremos ahora sucesivamente las formas alucinatorias y no alucinatorias.

### **1. Delirios sistematizados alucinatorios de los degenerados**

Si sólo consideramos algunas de estas formas en su período de estado, sin tener en cuenta el inicio de la afección y su evolución,

podemos encontrar todos los rasgos aparentes de la segunda o tercera etapa del delirio crónico. Es verdad que con gran frecuencia el delirio del degenerado no presenta la sistematización completa que una psicosis de larga data ha operado en el delirante crónico. Pero este signo puede estar ausente y entonces la distinción se torna delicada. Se trata de las mismas ilusiones e interpretaciones erróneas, los mismos trastornos sensoriales que en el delirio crónico. Se trata de las mismas alteraciones de la personalidad, los mismos neologismos, las mismas reticencias. Hallamos, como en el delirante crónico, el predominio de las alucinaciones auditivas (monólogos, diálogos, eco del pensamiento); trastornos de la sensibilidad general, alucinaciones e ilusiones genitales, olfativas, gustativas, visuales, alucinaciones motoras verbales. He aquí, entre otras, las diversas formas descritas con el nombre de perseguidos autoacusadores, de melancólicos perseguidos, de perseguidos melancólicos, de hipocondríacos melancólicos, que desembocan en el delirio de persecución (Séglas, Gilbert Ballet, Régis, Lalanne). Estos delirios de persecución pueden parecer delirio crónico. Pero la poca edad del sujeto, el inicio brusco del delirio, su rápida evolución y el desarrollo de la enfermedad impedirán que se confunda el diagnóstico. Lo que distingue en todos estos casos al degenerado del delirante crónico, es la irregularidad del delirio del primero opuesta a la marcha cíclica, a la evolución siempre similar a ella misma de la psicosis del segundo.

### **2. Delirios sistematizados no alucinatorios de los degenerados**

El delirio de interpretación es, como sabemos, un delirio sistematizado caracterizado por: 1. la multiplicidad, la organización y la permanencia de interpretaciones delirantes; 2. la ausencia —o la escasez— de las alucinaciones; su papel siempre secundario; 3. la persistencia de la lucidez y de la integridad psíquica; 4. la evolución por extensión progresiva de las interpretaciones; 5. la imposibilidad de la cura sin demencia terminal. Estas dos formas nosoló-

gicas, el delirio crónico y el delirio de interpretación, presentan algunos rasgos semejantes: sistematización precisa, intervención de las interpretaciones, conservación de la lucidez, que explican los errores que a veces se cometen. Pero, sin considerar la evolución, cada una de las dos psicosis presenta un síntoma casi patognomónico, a saber: el papel preponderante de las alucinaciones en una, y las interpretaciones en la otra. Este criterio parecería, *a priori*, tener que impedir toda confusión; no obstante, se siguen cometiendo errores: el más frecuente —podemos afirmarlo— consiste en tomar a un interpretador perseguido por un delirante crónico "reticente", que "disimula sus alucinaciones". En general se admite con demasiada facilidad la existencia de trastornos sensoriales en los delirantes sistematizados. Si profundizamos en la crítica de sus pretendidos trastornos sensoriales, —aun cuando confiesan haber oído tal o cual frase—, nos percatamos de que a menudo se trata de hechos exactos o de la interpretación de miradas, de signos, de gestos o de palabras cualquiera.

El diagnóstico es más difícil cuando un interpretador presenta de manera episódica algunas alucinaciones. Pero en este caso los trastornos sensoriales son transitorios, reducidos a una frase, a una palabra, no bastan para dirigir la sistematización del tema ve-sánico.

En la tercera etapa del delirio crónico, cuando predominan las ideas de grandeza, el diagnóstico se apoya en las conmemoraciones. "Si esto falta, la confusión no es posible. La aparición de las ideas de grandeza coincide con la desagregación incipiente y se acompaña de una alteración profunda de la personalidad. Las alucinaciones, los neologismos, las frases y actos estereotipados, el debilitamiento intelectual manifiesto, son otros tantos signos que establecen un marcado contraste con la integridad psíquica persistente de los interpretadores(7)".

#### Delirio de reivindicación(8)

Los reivindicadores, que corresponden a una parte de los enfermos agrupados con el nombre de

perseguidos-perseguidores, son degenerados que se presentan al clínico con una fisonomía muy característica. Poseen un elemento maniáco indudable: toman de los maníacos razonadores su incansable actividad, y a menudo, de los falsos morales, su ausencia de sentido moral; pero lo que los caracteriza ante todo, es el ensañamiento patológico con el que persiguen a sus enemigos imaginarios. En estos sujetos hallamos los antecedentes de la herencia,



los estigmas físicos de la degeneración, y ya desde la juventud, la disarmonía de las facultades psíquicas. Obsesionados por el resentimiento de supuestas injusticias de las que habrían sido víctimas, emprenden una obstinada campaña, mostrando en sus reivindicaciones una tenacidad incansable. Con lógica aparente acumulan sus supuestas pruebas. Sin detenerse, como los delirantes crónicos, en una larga etapa de incubación, pasan rápidamente de la idea al acto. Se dirigen a los tribunales, a los personajes influyentes, escriben cartas, memorias. Los repetidos fracasos no los desalientan, sino que no hacen más que confirmar su delirio. Enseguida

llegan a los insultos, los escritos difamatorios, las amenazas, los actos de violencia e incluso se erigen en justicieros, no dudando en atacar al que han condenado.

Lo que los distingue de los delirantes crónicos, es la ausencia de trastornos sensoriales. En ellos las alucinaciones son excepcionales. Sin embargo puede ocurrir que un reivindicador presente alucinaciones auditivas, como puede que un delirante crónico disimule las suyas y adopte en sus reacciones actitudes reivindicadoras. Pero el diagnóstico no puede ser dudoso durante mucho tiempo. En el delirio de reivindicación no hay evolución metódica, ninguna metamorfosis del delirio: el reivindicador se muestra desde un comienzo orgulloso y perseguido; es hoy el que era ayer, el que siempre será. La historia de la enfermedad es la del enfermo. Mientras que en el delirante crónico la psicosis contrasta con el pasado cerebral del sujeto, la psicosis del reivindicador no es más que la exageración del carácter anterior de un individuo desequilibrado.

#### Aplicaciones médico-legales y terapéuticas

Al examinar las reacciones del delirante crónico, vemos en primer lugar a un sujeto pasivo, tratando de huir de sus enemigos, luego defendiéndose, quejándose ante todas las autoridades y por fin, hastiado de ver que sus intentos son inútiles, que se arma, decidido a terminar con todo. Los actos delictuosos o criminales cometidos en estas circunstancias requieren de pericias médico-legales destinadas a demostrar el carácter patológico de los móviles que impulsaron al inculpado y a mostrar la estrecha relación del acto inculcado con un delirio de larga data que tiene trastornos sensoriales predominantes.

La relativa integridad de las facultades intelectuales, el cuidado con el que los sujetos esconden sus ideas delirantes, los hacen parecer responsables. A pesar de sus reticencias, los médicos siempre podrán poner en evidencia el carácter patológico de sus actos: podrán demostrar que tal individuo cuya inteligencia parece intacta, es



un alucinado en el que se ha sistematizado un viejo delirio. Deberán reconstruir la marcha y las etapas de la enfermedad, poner de manifiesto las relaciones que existen entre los hechos incriminados y el delirio del sujeto, y con estos datos podrán, con la naturaleza de la psicosis, afirmar la irresponsabilidad del inculpaado. En efecto, a pesar de la premeditación innegable del acto criminal y la lógica con la que lo justifica, el delirante crónico no puede ser considerado responsable. No sólo el delirio provoca una modificación completa de la individualidad psíquica sino que a esta causa se agregan las alucinaciones que, en cada momento, intervienen como una incitación muy activa en las agresiones. "En todos los grados y en todos los casos —nos dice Tardieu— estos alienados son irresponsables y el médico puede y debe, con plena tranquilidad de conciencia, esforzarse por sustraerlos de los veredictos de condena que afectarían no ya a criminales sino a enfermos dignos de piedad".

Ya conocemos la evolución fatal del delirio crónico que sigue su marcha inexorable sin esperanza de cura. Por lo tanto, no es necesario insistir sobre el tratamiento que es puramente sintomático. En primer lugar, no hay que perjudicar al enfermo, no recurrir a procedimientos terapéuticos que con el pretexto de descongestionar el cerebro no hacen más que debilitarlo. El método de intimidación de Leuret que, bajo la ducha, hacía que el enfermo renunciara a sus convicciones y "lo

obligaba a hablar sensatamente" se ha abandonado definitivamente; Baillarger ya experimentó el método de Hiffelsheim para combatir las alucinaciones. El paciente llevaba alrededor de la cabeza una batería de pequeñas pilas cuyos polos se aplicaban a las orejas: una débil corriente galvánica le atravesaba el cerebro de lado a lado. Estos ensayos no dieron resultado alguno. Moreau de Tours propuso combatir los trastornos sensoriales con agentes terapéuticos que, como el *datura stramonium* y el haschich, provocan alucinaciones. Se esperaba así remplazar los trastornos alucinatorios espontáneos por otros provocados y fáciles de eliminar con la supresión del medicamento. Tentativas vanas; por otra parte, ¿no sabemos acaso que el alcohol, que también provoca alucinaciones, sólo hace que las del delirante crónico se vuelvan más activas?

Si bien no existe un tratamiento del delirio crónico, no debemos por ello dejar de tratar al enfermo inspirándonos en las indicaciones variables con cada sujeto y según las etapas de la afección. Los tónicos, el hierro, el quinquina, las aplicaciones hidroterapéuticas, los alcalinos, el arsénico, se emplean ventajosamente cuando el estado general lo exige. Es inútil insistir sobre la importancia de una rigurosa higiene. Estos sujetos, perseguidos por sus ideas de envenenamiento, se alimentan mal, de manera irregular o insuficiente. Así pues, se debe controlar la regularidad de las comidas, de la vestimenta, y de la alimentación en ge-

neral. Si el enfermo se niega a alimentarse o sólo absorbe una cantidad de alimento insuficiente, nos vemos obligados a veces a recurrir a la alimentación artificial.

En el transcurso del delirio crónico, se puede observar cierta excitación con una mayor actividad de los trastornos sensoriales y del delirio. Durante estos episodios, se emplean con gran provecho las sales de bromuro o los baños tibios. El insomnio se combatirá con el cloral. El cambio de medio produce a menudo una remisión pasajera en los trastornos sensoriales; a los viajes o mudanzas les sigue por lo común una corta fase de tranquilidad.

La indicación primordial a la que debe responder el médico consultado sobre las medidas que se deben tomar respecto de un delirante crónico, es la internación del enfermo en cuanto se vuelve peligroso. Cuando designa y amenaza al autor de sus persecuciones, cuando llegó a la fase de las reacciones violentas, la internación se torna urgente. Luego del aislamiento sobreviene en general una mejoría pasajera: el aislamiento tiene la doble ventaja de poner al paciente al abrigo de las causas de excitación que encuentra fuera y de obstaculizar sus propias agresiones. Esta medida salvaguarda su propio interés al tiempo que es necesaria para la seguridad pública ■

Extraído de A. Marie. *Traité international de psychologie pathologique*, t. II: Psychopathologie clinique, p. 605 a 639, Alcan, Paris, 1911.

#### Referencias bibliográficas

1. Sinonimia: Psychose systématique progressive (P. Garnier).  
— Délire chronique régulier (Camuset).  
— Délire systématisé progressif (Cullerle).  
— Paranoia completa (Moebius).  
— Délire de la persécution à évolution systématique (Gilbert Ballet).  
— Psychose systématisée essentielle progressive (Régis).  
— Folie systématique primitive (Séglas).  
— Délire de persécution à évolution systématique (Arnaud).
2. M. Magnan y P. Sérieux, *Le Délire chronique à évolution systématique*, Encyclopédie Aide-mémoire Léauté, Masson, 1892.
3. P. Sérieux y J. Capgras, *Les Folles raisonnantes; Le Délire d'interprétation*, 1 vol., Alcan, 1909.
4. J. Séglas. *Annales médico-psychologiques*, 1893; "Les persécutés possédés", in *Leçons cliniques*, 1895; y A. Marie, *Mysticisme et Folie*, ed., 1907.
5. Arnaud, "Délire systématisé chronique", in *Traité de pathologie mentale* de G. Ballet, 1903.
6. Lachaux, *De la dissimulation des idées de grandeurs dans le délire chronique*, tesis, Paris, 1893.
7. V. P. Sérieux y J. Capgras, *Les Folies raisonnantes*  
— Le délire d'interprétation, op. cit., cap. "Diagnostic", p. 277;  
— Le délire d'interprétation, in *Traité international de psychopathologie*, t. II, p. 640.
8. P. Sérieux y J. Capgras, "Le délire de revendication", in *Traité international de psychopathologie*, t. II, p. 691.



## El psiquiatra militar y su enfermo

François Lebigot

Médico Psiquiatra. Jefe de Servicio y  
Profesor Agregado, Hospital Militar  
de Val-de-Grâce, París, Francia.

**S**i bien ya desde comienzos de siglo hubo psiquiatras militares, la psiquiatría militar francesa alcanzó su período de madurez sólo en los últimos años. Nació hace algunas décadas, del vientre helado de la Medicina Legal, y aquéllos que, durante la especialización, aprendían la psiquiatría disecando cadáveres en el Instituto de Medicina Legal, recién acaban de jubilarse.

En una segunda etapa, nuestra disciplina debió conquistar su independencia respecto de la Neurología. En 1966 se crea en Val-de-Grâce la cátedra de: *Psicopatología e Higiene Mental aplicada a las Fuerzas Armadas*. Así pues, la autonomía completa de la psiquiatría militar tiene poco más de veinte años, período en el que tuvo que dar pruebas de su existencia —el fenómeno psicopatológico en el ejército requería una elaboración teórica propia— y de su utilidad. Sobre este último punto podemos considerar que hemos cumplido la tarea ya que, por primera vez, durante la Guerra del Golfo, la Comandancia francesa incluyó psiquiatras en su dispositivo sanitario, mucho antes de que se declararan las hostilidades.

### Ser militar

En la constitución de su saber y en la inteligencia de su práctica,

los psiquiatras militares tienen dos buenas razones para interrogarse sobre el "ser militar". La primera es, sin duda, que quienes entran en la milicia eligieron libremente, sobre el final de su adolescencia, unirse a las fuerzas armadas por un período de 25 años como mínimo.

La segunda, se debe a que sus pacientes se reconocen en este ser—allí, más complejo de lo que parece en un primer momento, cargado de un no-dicho que confunde los hilos de su patología.

En el militar, existe en primer lugar el "guerrero", ese sujeto destinado a morir, que se halla, sin haberlo querido, confrontado a dos problemas relacionados con el funcionamiento de las sociedades humanas:

a. G. Bataille(2) muestra de manera notable, a partir del fenómeno del *potlach* cómo un grupo humano, cualquiera sea, sólo puede sobrevivir si destruye, de tanto en tanto, la energía de más que tiende a acumular. El guerrero, en sociedades militares, constituye uno de los elementos de esta "parte maldita" cuya consumación periódica aligera al grupo y hace posible otra vez el dinamismo y el funcionamiento social. Nuestros pacientes no leyeron a Georges Bataille. Es sorprendente ver cómo el discurso de algunos de ellos, irresistiblemente atraídos hacia el lugar de deshechos, enuncia con

dolor esta problemática.

b. Otro aspecto de este "ser un guerrero" también aparece a veces en boca de nuestros enfermos. Se trata de lo que G. Dumézil(11) llama "la paradoja del guerrero", y que el *Horace* de Corneille ilustra tan bien. El héroe en situación de combate debe dejarse poseer por el *ubris*, la desmesura. En cuanto vuelve a su cuartel, se le pide calma, silencio, que pase inadvertido. He aquí una suerte de imposible que instala un malentendido estructural entre el militar y el civil, ya que el segundo sospecha siempre que el primero quiere reactivar su *ubris* a expensas de él. Es lo que en tiempos de paz llamamos "el malestar del ejército".

Abordemos ahora otros aspectos del "ser militar" que son el producto de la historia, en este caso, de la historia francesa.

Desde los tiempos lejanos en que cada hombre que se podía valer por sí mismo, se armaba en cuanto su grupo (tribu, aldea, pequeño conjunto geográfico) se sentía amenazado o deseaba amenazar al grupo vecino, la sociedad se ha vuelto más compleja. La función de defensa se le atribuyó sólo a una parte de la población masculina, ya sea a aquella que por su "cuna" tenga vocación para ello, ya que se trate de aquella formada por voluntarios, o incluso por reclutados.

Hoy en día, el ejército francés se compone de dos grupos que debemos analizar por separado.

### 1. Personal de carrera

Se trata de los herederos de los ejércitos monárquicos. Para comprender debidamente la naturaleza de esta herencia, es menester volver a los trabajos de Georges Dumézil(12) que dedicó su vida al conocimiento de las sociedades indoeuropeas. Éstas se dividen en tres grandes clases (castas u órdenes, según el tiempo y el lugar) que tienen atribuciones bien definidas. La casta de los reyes y sacerdotes, (hoy día los políticos e intelectuales), dirige los cuerpos y las almas (o las mentes). La de los guerreros se ocupa de la violencia colectiva. Finalmente, los productores proveen a las necesidades materiales del conjunto.

En la Francia del Antiguo Régimen, la aristocracia asumía la función guerrera, y sus ventajas y privilegios, eran la contraparte del sacrificio que cada uno de sus miembros estaba pronto a hacer en cualquier momento. El joven noble era educado en la idea de que su vida sólo tenía sentido en la perspectiva de su muerte en el campo de batalla.

Le siguió el ejército republicano, retomando al mismo tiempo los valores heredados del feudalismo. Esencialmente el honor, que guía todos los actos de la vida y que consiste en mantenerse siempre, cueste lo que cueste, a la altura de los ideales. Pero también la fidelidad, que resume la tarea del militar: servir al "rey" en toda circunstancia, es decir, al jefe de la patria.

De esta manera, el sacrificio supremo se sitúa en el centro del compromiso del militar, sin que tenga que ver con la "cuna". Aparece entonces la inevitable pregunta: ¿por qué? *Morir por la Patria es el destino más bello*, dice una canción patriótica republicana, pero eso no alcanza como respuesta.

En psicopatología, el interrogante reaparece en muchas oportunidades. Por ejemplo, en el caso de suicidio del militar(16). Por razones de economía interna, el candidato al suicidio privatizó la tradición militar. Ya no es, o

nunca fue, el soldado que ama la idea de defender a la madre patria y la obra de sus padres, fundadores de su "ciudad". Ha captado, para beneficio de su narcisismo, los valores heroicos que contiene esta tradición. Apenas algo falla, en él o a su alrededor, apenas un jefe admirado por ejemplo, resulta ser mediocre o lo reprende, sobreviene el derrumbe, el salto hacia la muerte que pretende ser la asunción del ideal.

El problema del militar alcohólico es también muy revelador. Es sabido el vínculo que establece todo alcohólico con la redención(17), y si fuera preciso convencerse, la maravillosa novela de Joseph Roth: *La leyenda del Santo Bebedor*, no nos dejaría dudas. En lo profundo, se cree privado de placer por un tirano imaginario y apela a un padre ideal, capaz a la vez de llevarlo a la aceptación de la falta y de promover una repartición justa de los bienes entre los hombres. El ejército funciona para él como un verdadero espejismo, una sociedad en la que el jefe ama con idéntico amor a todos sus subordinados y en la que el sacrificio supremo, heroico, y anticipado, vale como acceso a la "castración" (en sentido freudiano). Esta ficción se mantiene durante algunos años, pero se quiebra contra la incapacidad del alcohólico para identificarse a sus pares, que siempre son para él rivales, a través de su lazo común con el jefe.

Este último, que se sitúa cada vez más en el campo de la privación, va a aparecerse progresivamente en su "verdadera naturaleza". Resulta ser "como los demás" (los "poderosos"), un tirano perverso que podría gozar con la muerte del sujeto. El porqué del sacrificio tiene aquí una respuesta muy peculiar.

Toda patología psiquiátrica en el ámbito militar está empapada por este interrogante, y por el destino de cada uno de los significantes que dibujan los contornos de la Tradición, entre el ennoblecimiento y la caída(13, 18).

### 2. Personal convocado

Para ellos, la tradición se presenta en otra perspectiva.

El soldado que ha sido reclutado no pertenece a la "casta de los

guerreros". Su tiempo bajo bandera es más bien una suerte de impuesto (impuesto de sangre, impuesto de tiempo) que le da a cambio el derecho de gozar plenamente de su ciudadanía francesa.

La "conscripción universal" se instauró en Francia de manera definitiva a fines del siglo pasado, para intentar compensar el desequilibrio de los efectivos respecto del formidable ejército alemán. Luego, la nación toda quiso conferirle a este período militar una virtud formadora e incluso educativa(15). Sea como fuere, el joven conscripto es sólo un civil en uniforme, sometido a la ideología de una institución que no lo reconoce como uno de los suyos. En su caso, no hubo la elección del sacrificio que honra y distingue.

Así pues, no es en la tradición militar que el soldado conscripto encontrará apoyo, sino en la virtud cívica, ese saber instintivo de que la libertad tiene un precio. Es decir que este "impuesto" debe aparecer repartido justamente y que el interesado debe sentir que la nación lo trata con equidad.

La psicopatología del recluta tendrá un aspecto diferente de la del militar de carrera.

En primer lugar, aparecerán todos los efectos de la "cuestión del padre" tal como puede darse en el final de la adolescencia. Es durante el servicio militar que se darán muchas descompensaciones psicóticas. En el registro neurótico, la ansiedad y la depresión hacen aparecer discursos en los que el ejército ha tomado la figura de un padre imaginario y castrador(3). Los desafíos perversos, con sus consecuencias disciplinarias, aparecen con menor frecuencia en la consulta psiquiátrica.

A título de ejemplo, evoquemos este problema tan común: la tentativa de suicidio medicamentoso del recluta(10).

*A priori*, podríamos pensar que no se trata más que de un chantaje cuyo objetivo es escapar de la situación. De hecho, uno se sorprende al escuchar con atención a estos sujetos. En general, esperaban beneficios psicológicos importantes de su situación bajo bandera. Secretamente o no, deseaban integrarse a la institución, apropiarse de sus valores, inscribirse en su tradición.

Por las razones citadas más arriba, este proceder es peligroso e incierto. Los "de carrera" los ven como sospechosos y los aíslan. Este proceder obstaculiza una buena adaptación que no excluye, dado que se basa en la simple economía del placer, un buen entendimiento con el medio.

La tentativa de suicidio viene a marcar el fracaso de esta fantasía. En el simulacro, esta tentativa ridiculiza el sacrificio que es la base de la tradición militar. En el plano real, sirve al placer del sujeto haciendo que tome el lugar del objeto sacrificado y denunciando al militar como asesino.

La institución militar resulta así siempre rica en elementos significantes fundamentales que se prestan muy bien a la formación del fantasma. Hay allí una especie de imperiosa necesidad, hecha para impregnar la resistencia del combatiente en tiempos de guerra y asegurar, ante el horror de la muerte, la solidez de su "aparato psíquico".

Los psiquiatras militares no escapan, es evidente, a estas inducciones estructurales e históricas del ideal. Les corresponde tomar conocimiento de esto por ellos mismos, en la medida de lo posible, y hallar su lugar en el seno de este ejército, lugar que consiste en ayudar a que cada uno pueda encontrar el suyo.

### ¿Quiénes son los psiquiatras militares?

Antes que nada, es preciso hablar del reclutamiento de los médicos militares.

Ciertos jóvenes, atraídos por la medicina, eligen trabajar en el ejército. Hay razones muy distintas para llegar a esta elección, que van desde la existencia de una tradición militar familiar, hasta la atracción por una vida agitada y aventurera.

Después de terminar el bachillerato, los alumnos, reclutados a través de un concurso muy selectivo, entran en una de los dos escuelas del Servicio de Salud de las Fuerzas Armadas. Siguen entonces la carrera de medicina en la facultad, con sus compañeros civiles, mientras que la escuela les brinda alojamiento y comida, más una

formación militar. Al finalizar sus estudios, obtienen un grado de oficial, que los une al ejército por un cuarto de siglo.

Lo que podemos afirmar es que, hasta el momento, no existe inicialmente una vocación de "psiquiatra militar". La elección de la especialidad se hace siempre de manera tardía, ya sea hacia el final de la carrera universitaria, ya más tarde aún. Y sólo puede concretarse después de pasar varios años en una enfermería de regimiento, en un barco, una base aérea, etc. Esos años de práctica general representan la oportunidad de conocer el medio militar,

antes de pasar al hospital y al servicio de psiquiatría.

Enseguida, el ejercicio de la especialidad planteará ciertos problemas. Una institución tan estructurada como el ejército, y que se preocupa ante todo por su cohesión, concibe, naturalmente, el papel del psiquiatra respecto de su enfermo de la siguiente manera: restituirle al sujeto en crisis la creencia en los ideales que animan al grupo, y devolverle la fe en la misión que éste le ha confiado. Si esto resulta imposible, poner en marcha una medida de exclusión, purificadora para el grupo.



Por su parte, el psiquiatra puede encarar su trabajo de manera completamente diferente. Al ponerse al servicio de la demanda del sujeto, elige utilizar todos los medios reglamentarios a su disposición para obligar a la Comandancia a satisfacerlo: excepciones varias, cambios de destino, licencia por enfermedad, etc... Hasta hoy en día, en nuestro ejército, sobrevuela esta sospecha respecto de los psiquiatras, a quienes se acusa fácilmente de privilegiar los "intereses" del sujeto en desmedro de los del grupo.

Es verdad que, ciertos psiquiatras eligen su campo más o menos deliberadamente. Su acción consiste entonces sea en depurar al ejército de sus enfermos y en recordar a los otros su deber de obedecer, sea en defender en cualquier circunstancia al sujeto considerándolo una víctima.

Sin embargo, la mayoría no se deja encasillar en una posición servil, tan nefasta cuando se pliega a la demanda de la Comandancia como cuando se dedica a satisfacer la del paciente. Ya en el origen de la psiquiatría militar, se impuso el psicoanálisis como el campo en el que debía pensarse esta profesión aparentemente imposible. Poco a poco, el pensamiento freudiano ganó terreno, muchos jóvenes especialistas emprendieron un proceso analítico personal, otros fueron ganados, a veces sin haberlo buscado en realidad, por los efectos de una teorización que abre una brecha entre la demanda y el deseo.

Aun llevando tranquilamente sus charreteras, el psiquiatra militar francés supo situarse separadamente de la institución, lo que le permitió mitigar los efectos de lo imaginario y devolverle a cada uno lo que le pertenece:

- ¿qué quiere en realidad este soldado a la deriva? Él mismo no lo sabe y sin embargo pone de manifiesto su desconocimiento con los personajes familiares de su universo profesional

- frente al abatimiento de uno de sus subordinados, ¿qué le picó a este virtuoso jefe de división, para que se crea de golpe un jefe de división?

Terminó por saberse: a todo el mundo le interesa que haya personas, en esta institución, que

tomen en cuenta la división del sujeto, aunque la ficción del psiquiatra al servicio de la Comandancia o cómplice de los "haraganes" perdure por comodidad.

### ¿Cuál es su clientela?

Echemos un rápido vistazo.

- Los conscriptos. Son la "clientela obligada". No pueden elegir a su médico, lo que nos impone un rigor particular. En muchos casos, el psiquiatra es para ellos el que va a tomar nota oficialmente de su incapacidad para afrontar la prueba del servicio. Sus quejas demuestran que hay un sufrimiento auténtico, fácilmente denegado, ya que para ellos se trataría sólo de arrancar una decisión de reforma a un interlocutor complaciente. La creencia en la "simulación" también está del lado del sujeto.

En el secreto del encuentro, puede elaborarse no obstante una palabra verdadera, pero a veces hace falta tiempo.

- El personal de carrera, por el contrario, puede elegir a su médico y tiene el beneficio de los reintegros de la obra social. La situación que origina el trastorno hace que, a veces, sea inevitable tratarlos en el hospital militar: repatriamiento sanitario de ultramar, ciertos accidentes en servicio, decisiones médico-militares que tomar, tiempos de guerra, etc...

Sin embargo, la mayoría viene a vernos por voluntad propia. Ya sea por cálculo (el personal de jerarquía con el que están en conflicto verá esto como una señal de buena voluntad), a menudo porque confían plenamente en los médicos de su institución; más a menudo aún porque piensan que sólo se los comprenderá y reconocerá aquí. El servicio de psiquiatría es siempre un lugar militar, en donde todos tiene grados y en donde la pertenencia a la misma institución crea una atmósfera calificada de "familiar". Esto es verdad, y satisface por igual al personal médico, pero no facilita necesariamente el trabajo terapéutico con algunos paciente que ven en esto la prueba de que el "padre" no está muerto.

- El resto: familiares, civiles,

ex-militares, etc., atraídos por la notoriedad del hospital, esta atmósfera "familiar" de la que hablábamos, la nostalgia, etc. En esta categoría, encontraremos a muchos enfermos "neuróticos traumáticos" de los que hablaremos más adelante.

### ¿Qué tratamientos?

Todos los hospitales militares franceses de cierta importancia tienen un servicio de psiquiatría.

No hay ninguna uniformidad en la elección de los métodos terapéuticos. Los jefes de servicio o sus adjuntos pueden practicar las técnicas que prefieran: descondicionamiento, relajación, hipnosis, etc... Por neutras que puedan parecer, estas técnicas no permiten evitar la dimensión institucional de los problemas y la carga fantasmática que da su consistencia a las situaciones más triviales. Sin embargo, no se pueden practicar curas analíticas en el ámbito militar. La estructura propia a este medio haría fracasar el tratamiento. Así y todo, las psicoterapias se nutren en general del psicoanálisis, de sus principios de escucha y de respuesta/no-respuesta.

Formalmente, nada viene a limitar la acción terapéutica en su estilo y amplitud. Los textos reglamentarios no se ocupan de la técnica, sólo se refieren a la legislación vigente, y son lo bastante generosos en cuanto a las disposiciones estatutarias que tocan a los enfermos. Por el contrario, hay dos cosas que lamentar:

- La falta de medios diversificados: departamentos terapéuticos, hospitales de día o de noche, personal en cantidad suficiente para hacer visitas a domicilio etc... No obstante, la creación de servicios de psiquiatría en hospitales generales ofrece múltiples ventajas.

- El personal médico y paramédico sufre múltiples limitaciones, ya que siendo apenas suficiente numéricamente hablando, debe sufrir además frecuentes cambios de destino, diversas misiones que pueden ser muy largas, recurrir a los reclutas psiquiatras que se renuevan todos los años, etc... Los tratamientos a largo plazo son siempre un tanto azarosos.

## La neurosis traumática

He aquí el caso de esta "enfermedad", tan bien representada en nuestros servicios y que, en su versión de neurosis de larga data, requiere a menudo años de trabajo psicoterapéutico continuo.

La neurosis traumática fue poco conocida por los psiquiatras civiles hasta que el DSM-III la redefinió con los términos norteamericanos: el *Post Traumatic Stress Disorder* o P.T.S.D.

Los psiquiatras militares franceses se transmiten fielmente una descripción de esta afección, basada en una clínica de factura más clásica. Su modelo de comprensión se halla, en lo esencial, en el texto de Freud "Más allá del principio del placer"; más recientemente, tiende a imponerse una reflexión profundizada sobre el trauma, a partir de los conceptos lacanianos(60).

Hay pues una tradición en nuestro medio sobre la neurosis traumática, que sigue el estilo propio de la vieja clínica francesa, sin dejarse confundir por concepciones de otras latitudes. He aquí los elementos principales:

- La enfermedad comienza con un acontecimiento, o un encuentro, "en el que el sujeto sintió amenazada su vida". A veces se trata de un *alter ego* que murió, amigo o enemigo. El efecto de sorpresa se presenta siempre, aunque sea de forma retardada. El contexto del acontecimiento es el de cierta anomia(7).

Luego, durante algunos días, meses o años, se instala un sufrimiento, con distintos modos de expresión, sobre el que el sujeto no se interroga.

En último lugar aparece el "síndrome de repetición" en general con forma de pesadillas que reproducen el acontecimiento tra-

mático, marcado por un sentimiento intenso de actualidad. Un cortejo sintomático, muy diverso también, acompaña la evolución de la enfermedad. Es él el que constituye el trasfondo de la queja del sujeto mientras que -he aquí lo más asombroso- un silencio a veces completamente hermético sella la existencia de las pesadillas.

### El silencio de los pacientes

Lo hemos experimentado cada vez. Nos parece tener varios motivos que, juntos, lo instalan y refuerzan.

Algunos pacientes argumentan sobre el carácter incomunicable de la experiencia que vivieron. Como en una iniciación, les fue revelado algo que concierne a todos los hombres y cuyo destino es permanecer oculto, y ser visto con horror. Si tuvieran que hablar de ello, por poco que fuera, temen volverse repulsivos a los ojos de su interlocutor.

Pero se adivina otra razón para su silencio. Los pacientes están apegados a este encuentro traumático, gozan de él en soledad como de un bien precioso que se les hubiera destinado especialmente. En tanto el sufrimiento que acompaña o resulta de los momentos de re-vivencia no supere cierto nivel, se adaptan bastante bien a su patología.

Por fin, el encuentro con un psiquiatra en su consultorio, refuerza la reticencia, consciente o no, de evocar las pesadillas. Un enfermo, que seguimos en psicoterapia durante cuatro años por estados depresivos severos con riesgo de suicidio importante, y que habíamos interrogado cuidadosamente en las primeras entrevistas, nos reveló incidentalmente su neurosis traumática de guerra sólo cuando se liberó de sus caídas depresivas... y de sus pesadillas.

Por el contrario, estos sujetos le hacen confidencias más fácilmente a un psiquiatra militar que encuentran fuera de su consultorio. El sujeto considera que el profesional sabe algo del fenómeno que está viviendo y, en el fondo, lo que le pide implícitamente es la autorización, en nombre de su saber, para continuar en el camino de la repetición.



Algunos pacientes que consultan por una sintomatología aparentemente desligada de la neurosis traumática, cuando son llevados a "confesarla", le lanzan al médico un mensaje cuyo tenor es más o menos este: "¡no se meta con esto!".

Así pues, hay que respetar este silencio y ninguna conminación terapéutica es viable. Sin embargo, es preciso estar atentos al momento en que llega el tiempo de hablar. Pensamos en este caso, en un paciente alcohólico, seguido por años sin otro resultado que recaídas cada vez más autodestructivas. La confianza que se llegó a provocar en un momento dado terminó, en algunas semanas, con las pesadillas, con la depresión y el alcoholismo.

#### *Estados de ánimo del médico*

Los trabajos norteamericanos sobre el tratamiento del "P.T.S.D.", que comenzaron a abundar luego de la guerra de Vietnam, muestran que en esta materia, las actitudes morales interfieren con las actitudes terapéuticas. Según estos trabajos, se trata, para cada uno —médicos, enfermeros, asistentes sociales, ex-combatientes, pastores, etc.— puestos en situación de terapeutas, de venir en auxilio de una *víctima*. Y esto se debe tal vez al sentimiento de culpabilidad que impregnó a toda la nación después de perder esta guerra. Casi nunca se le pide al enfermo que responda, como sujeto, por lo que hizo con este encuentro de resultado traumático. Únicamente algunos trabajos de ciertos psicoanalistas escapan a esta peligrosa compasión.

En Francia, se aborda muy poco el tema del tratamiento de las neurosis traumáticas. Sólo la narcosis anfetamínica (el "suero de la verdad") fue elevada, cuando la guerra de Argelia, a la dignidad de tratamiento *princeps*, con el trasfondo de la teoría de la "abreacción". A partir de allí se instaló el silencio, silencio que no pudo romper el libro del Profesor Barrois, muy breve en este capítulo(1). Toda técnica es buena —nos dice en substancia— si permite aliviar el sufrimiento de estos pacientes. Recientemente, se publicaron escritos sobre curas analíticas(4, 5).

De hecho, los psiquiatras militares se sienten incómodos frente a enfermos que les relatan historias que no los dejan indiferentes. Ya sea que tengan un efecto de fascinación, al hacer revivir duros combates y poniendo de manifiesto héroes puros, ya que tengan un efecto de repulsión, cuando las situaciones evocadas muestran a nuestro ejército en empresas que preferirían olvidar o desconocer. En ambos casos, algo de la vocación militar del terapeuta queda implicado y la relación con el enfermo pierde neutralidad.

#### *La relación terapéutica*

Como es natural, los efectos paralizantes de esta atracción-repulsión terminaron por decirse o escribirse(21). Los psiquiatras militares se pusieron a escuchar a los pacientes. Lo cual es muy bueno pues estos últimos, aun si están fuera de servicio activo desde hace tiempo, hallan natural el hecho de dirigirse a nuestros hospitales. Fue en ese ambiente de las Fuerzas Armadas que se originó su trastorno, es allí donde éste puede cobrar algún sentido. Además, para ellos, un militar puede entender de manera más justa que un civil, lo que pueda haber de vergonzante, de culpable, pero también de glorioso en los acontecimientos vividos.

Por otra parte, no se trata en general de ocuparse del trauma, como ya viéramos, sino de un estado ansioso o depresivo —este último con cierto tinte delirante persecutorio tal vez— de un trastorno de conducta (alcoholismo, conyugopatía...), de una afección psicósomática, etc... Y sólo si la situación es grave, si hay un crimen o suicidio gestándose, si el sufrimiento moral alcanza un nivel insostenible o se perfila una desocialización completa, sólo entonces los acontecimientos guerreros podrán ser el objeto de una queja.

La aventura que empieza entonces es larga y difícil, pues con los años, el sujeto construyó todo alrededor de "esta droga", como dijo uno de ellos, que se transformó en el síndrome de repetición.

En resumen, muchos ex-soldados, que hallamos fuera de la actividad profesional, se adaptan bastante bien a su neurosis traumáti-

ca. Otros, vistos en el hospital, pagan con un sufrimiento que juzgan excesivo y que quisieran aliviar. Otros por fin, se ven a punto de ser aplastados por el horror que los habita y están listos para confrontarse con la no-respuesta del terapeuta y para desplegar su propio discurso.

No-respuesta de un sujeto que "se supone que sabe", pues toda respuesta sería clausura del trabajo del inconsciente. Esto hace sorprendente esta exigencia formulada en numerosos trabajos norteamericanos: "los que curan" tienen que ser también a su vez ex-combatientes. Deben compartir el saber de sus pacientes, lo que los pone en una posición de espejo de la que, *en nuestra opinión*, no puede salir nada. Quizás sea éste uno de los avatares del postulado que dice que el final de una cura analítica es la identificación con el analista.

Pues para nosotros, si bien en un primer momento el enfermo se dirige al militar, es evidente que ninguna respuesta vendrá de este último, ni de ningún otro, cualquiera sea, del orden de lo semejante.

#### *Los traumatizados recientes*

Hemos evocado hasta aquí la parte de nuestra clientela que arrastra su "neurosis", con mayor o menor coraje, desde la II Guerra Mundial, la guerra de Indochina o la de Argelia.

El ejército francés sigue comprometándose, cada tanto, en otros conflictos, en Africa o en Medio-Oriente. En territorio francés, las maniobras son a veces objeto de drama, o se ven jalonadas de incidentes vividos como tales. Es decir que recibimos a militares, a menudo jóvenes, conscriptos o de carrera, que están en proceso de constituir una neurosis traumática.

Con ellos, el problema terapéutico se presenta de manera muy distinta. El miedo que les causa la aparición de las pesadillas es muy mal tolerado; la ansiedad, permanente; el hospital, un refugio de bienvenido. Estos jóvenes pueden hacer, en algunas semanas o meses, un trabajo sobre ellos mismos que los cambiará y que luego olvidarán. Lo que los caracteriza sobre todo es la gran atención que

prestan a su actividad onírica y la riqueza del material asociativo. En un primer momento, la pesadilla se modifica, integra elementos de su historia, se transforma en sueño angustiante, luego en un sueño que representa las peripecias de una travesía(20).

Desafortunadamente, hay fracasos. Las pesadillas se presentan más espaciadas, se truncan, desaparecen por un tiempo. El discurso se agota. El sujeto tiene la sensación de que la salvación proviene de un personaje idealizado: el médico mismo, un militar de mayor grado, con frecuencia ligado al acontecimiento, un miembro de la familia... y se pondrá bajo su protección y dependencia. Le parece que todo debe marchar bien, y sin embargo las recaídas no deben sorprender.

#### Pedidos de pensión

Contrariamente a una opinión muy difundida, en particular en el Ministerio de Ex-Combatientes, los "neuróticos-traumatizados" no se esfuerzan por obtener un reconocimiento de su trastorno y pedir una pensión. Entre los que nosotros hemos tratado, sólo aquéllos que iniciaron un largo y difícil proceso terapéutico lo han

hecho. Como si se tratara de un primer paso hacia la simbolización de un sufrimiento que más bien se le atribuyó, hasta ese momento, a una maldición y a la elección.

Los tribunales de las Pensiones se dirigen, de tanto en tanto, a los psiquiatras militares en su calidad de expertos. Casi siempre se trata de expedientes presentados muy tarde y fuera de todo contexto terapéutico. Cuando está presente, la dimensión reivindicativa aparece como independiente de la neurosis traumática misma, y se diría que debe atribuirse a la estructura de la personalidad que busca, por todos los medios, a un perseguidor que dé sentido al fracaso de una vida.

#### Conclusión

El ejército tiene a su cargo la violencia colectiva.

Es el delegado de la Nación para hacerse cargo de ese colmo del horror que es la guerra. Desde este punto de vista, el psiquiatra pertenece a la misma clase que sus compañeros militares. Comparte, tanto como ellos, esa ausencia de ilusión sobre aquello que se encuentra en el corazón del hombre y lo hace tan poco amable.

La neurosis traumática le recuerda, si fuera necesario, que el horror, si bien es cierto que es preciso conocerlo un poco, no se debe disfrutar. Se encuentra en el límite, ese límite de lo humano en el hombre que es de lo que se ocupa el ejército en tiempos de guerra. Para el psiquiatra militar, la neurosis se halla en el punto desde el que se puede elaborar su posición ética.

Pues no es posible hacer de la guerra una obra de arte.

Aunque los poetas nos engañen en este punto. Divinizado por Homero, Aquiles fue la permanente fuente de inspiración de Alejandro, quien se dejó atrapar. Vemos aquí el fracaso de una sublimación imposible. El sueño del macedonio, —establecer con sus conquistados la *oikumene*, la síntesis armoniosa de Oriente y Occidente— terminó en catástrofe. Sin embargo, dejará su marca en la Historia, haciendo posible establecer hoy un vínculo entre la Guerra de Troya y la Guerra del Golfo.

Pero el *aedo* en sí no se engaña. En los versos 343-344 de la *Ilíada* nos advierte:

"cuánto se endurecería el hombre quien, al contemplar su dolorosa labor (la de los héroes), lejos de afligirse, se regodeara con ella" ■

#### Referencias bibliográficas

- Barrois, C., *Les névroses traumatiques*. Ed. Dunod, París, 1988.
- Bataille, G., *La part maudite*. Ed. de Minuit, 1 vol., 1967.
- Bochereau, D., "Histoire d'hommes". *Thèse de Doctorat en Médecine*, París, 1991.
- Briole, G., "Rêve et névrose traumatique de guerre". *Ornicar?* 1988, 43, 38-44.
- Briole, G., "Le revolver". *Psychiatrie Francophone*, Numéro hors-série, "Événements, traumatisme, réaction", 6-11, 1988.
- Briole, G., "Le trauma est toujours suspect..." Cinquième réunion des chercheurs et cliniciens en *Psychologie et Psychopathologie dans les Armées*, París, 22 y 23 de noviembre de 1990.
- Briole G., Lebigot F., Blancard M. H., "Traumatisme, répétition, rêve et désir dans la névrose traumatique". *Annales de Psychiatrie*, 3, 2:123-126, 1988.
- Crocq, L., "Stress et névrose traumatique". *Psychologie Médicale*, 6, 8: 1493, 1531, 1974.
- Doutheau, C., "Histoire de la Chaire de Psychiatrie du Val-de-Grâce". En *Impréna*.
- Dubelle P., Lebigot F., "La tentative de suicide médicamenteuse chez l'appelé du contingent". En *Impréna*.
- Dumézil, G., *Heur et malheur du guerrier*. París, Flammarion, 1985.
- Dumézil, G., *L'idéologie Tripartite des Indo-Européens*. Ed. Latomus, Bruxelles, 1958.
- Freud, S., "Psychologie des foules et analyse du moi". In: *Essais de psychanalyse*, pp. 117-215, Petite bibliothèque, Payot, París, 1981.
- Freud, S., "Au delà del principio del placer". In: *Essais de Psychanalyse*, Petite bibliothèque, París, 1981.
- Lafont B., Briole G., Lebigot F., "Fonctions du service national." *Annales de Psychiatrie*, 3, 2: 91-96, 1988.
- Lebigot F., Bazot M., Condroyer D., "Suicide et institution militaire" *Psychologie Médicale*, 19, 5: 609-612, 1987.
- Lebigot F., Leret S., "Avatars de la honte chez l'alcoolique (milieu militaire)" *Alcoolologie*, 12, 3 :109-113, 1990.
- Lebigot F., Condroyer D., André Y., "Le paradoxe de l'alcoolique dans sa fonction de "pharmakos" en milieu militaire" *Annales de psychiatrie*, 3, 2: 107-111, 1988.
- Lebigot F., Payen A., "Réflexions a propos du traitement et de la réinsertion de l'alcoolique militaire. Médecine et Armées 17, 1: 77-80, 1989.
- Lebigot F., Vallet, D., Prouvost C., Buferne R., "La demande de soins dans les névroses traumatiques de guerre". Para su publicación en el 2º número de *Annales Médico-Psychologiques*, vol. 149, 1991.
- Lebigot F., B. Lafont B., Riou F., Marble J., "Les anciens combattants et le psychiatre militaire. Le passé sous silence" *Inform. Psychiatr.*, 61, 8:1043-1050, 1985.



# La reflexión como método

Santiago Bardotti

Psicólogo. Hosp. Municip. "P. Piñero".

*Presentamos aquí, cerrando el ciclo, el cuarto trabajo premiado en la 1a Jornada de Residentes de Salud Mental del Área Metropolitana*

En las discusiones académicas de los distintos ámbitos en que nos movemos, notamos frecuentemente que estamos instalados en el terreno de lo "probable", lo problemático no es esto-espacio común de todas las ciencias- sino la angustiada sensación de que probablemente "todo" va a poder ser dicho, y no porque se agotará el tema a discutir, sino porque cualquier cosa a decir parece tener en principio las mismas pretensiones de verdad. Sabemos que ello no es así, no todo puede decirse; entonces ¿cuáles son los principios que regulan lo que puede y no puede decirse? ¿lo que se considera correcto y lo que no? Si encontramos ese principio, encontraremos siguiendo al Foucault de "La Arqueología del Saber", el principio regulador de un discurso en tanto que éste es el conjunto de enunciados que responden a un mismo principio de producción. Sensatamente contestaríamos que es la teoría la reguladora, si es teoría lo que estamos haciendo, pero ¿quiénes son sus dueños? ¿qué hace correctas o no a las teorías? Estamos frente a un verdadero problema. El mundo, dirán unos, el pensamiento dirán otros; más modestamente nosotros, residentes, nos contentaremos si escuchamos "buenas razones" que nuestro imaginado interlocutor nos pueda ofrecer.

Son conocidas las críticas que se han hecho a la concepción positivista de la ciencia; ellas han puesto de manifiesto que esta concepción se ha mostrado lógica y metodológicamente errónea en más de un aspecto, ha demostrado ser políticamente peligrosa, justamente por eludir la dimensión social de las condiciones de su producción. En general se ha dicho que su criterio de demarcación entre lo que es ciencia y no lo es, era demasiado estrecho, relegando al

ámbito de la irracionalidad a diversas prácticas, entre la que estaría sin duda el psicoanálisis. Este criterio de demarcación apelaría a lo que irónicamente se llamó el tribunal de los hechos; sólo es científica aquella teoría que pueda ser verificada por la evidencia empírica, es decir cuyos enunciados sean reducibles a enunciados elementales de experiencia; experiencia dada en su positividad sin más, de por sí evidente. Otra manera de caracterizar esta concepción sería diciendo que las verdaderas disciplinas científicas se encargan de hechos, y que las pseudo-científicas, en cambio, cuando creen encargarse de hechos de lo que en realidad se están ocupando es de valores.

Hemos recusado el positivismo en más de un aspecto, pero en más de una oportunidad tengo la convicción de que hemos tirado por la borda al bebé junto con el agua del baño; una y otra vez retorna aquello que queríamos evitar y diría que muchas veces en forma aun más enquistada, constituyendo nuestra *nueva positividad*, nuestra nueva evidencia. Se podría argumentar que justamente ésta es la característica fundamental de los famosísimos paradigmas khunianos; pero el que nos movamos siempre en el ámbito de nuestra positividad posible, aquella que corresponde a nuestro ámbito de referencia (por nosotros delimitado), no nos obliga a hacernos cargo de un nuevo positivismo.

Creo que en buena medida ello se debe a la ausencia de modelos alternativos que hayan ido más allá de la crítica y a la particular conclusión de que al recusar el método experimental como método crucial, hemos también recusado toda metodología.

Seguramente estas razones son insuficientes para explicar el fenómeno al que me estoy refiriendo, y eluden por otra parte la "cues-

ción política", presente en todo principio regulador de un discurso (razón que justifica la mención primera a Foucault), pero extenderse en ello excede largamente las posibilidades del presente trabajo y no está dentro de las intenciones del mismo.

No voy a referirme al psicoanálisis en general como disciplina constituida, y a la evaluación de sus pretensiones de validez, sus particularidades, y su científicidad o no, sino que pretendo restringirme al ámbito mucho más reducido de nuestras discusiones cotidianas, las pretensiones de validez de lo que allí decimos, de cómo argumentamos y cuáles son las cuestiones que se nos aparecen como problemáticas; estoy haciéndome allí eco de T. S. Khun y su afirmación de que un paradigma habla más de un grupo de colegas que de una disciplina; por otro lado esto intenta ya sentar una posición respecto del papel de la epistemología en relación a la práctica científica (o aunque más no sea práctica racional) y el porqué de la importancia de ella en nuestra formación como residentes.

Hans George Gadamer ya nos alerta frente a lo absurdo del papel de moralista bajo el hábito del investigador; es decir, en el nunca abandonado ideal de la búsqueda del fundamento del conocimiento, lugar del filósofo o el epistemólogo en un nuevo tribunal, el tribunal de la razón. Según Richard Rorty la idea del fundamento está basada en una analogía con la compulsión de *crear* cuando se *mira* un objeto. Esto tiene un correlato que nos es muy cercano y es la creencia de que la metodología es, o la propedéutica a una práctica, separada de ella, o, *a posteriori* su garante, su justificación bajo la figura de la garantía lógica o matemática: es decir *ver de la mejor manera* (lo mismo vale

para el *escuchar de la mejor manera*), también cobra la conocida figura de la consulta al especialista (aquel que sabe en cuestiones de método); todos somos conscientes de lo decepcionantes que éstas suelen ser, si es que estamos esperando respuestas o pistas para nuestros problemas teórico-prácticos; la mayoría de las veces se traducen en cuestiones lógicas absolutamente generales o en trivialidades como decir que el psicoanálisis tiene sus propias maneras de validación, cuando lo que esperaríamos son respuestas a problemas específicos; por ejemplo la manera de decidir entre definiciones contradictorias de un mismo concepto y su correcta aplicación o utilización; ello debido al esencial desconocimiento del supuesto especialista del campo en cuestión (nuestro campo) y sus particularidades; campo representado esencialmente por el trabajo clínico.

Entonces como primera cuestión tenemos que la clínica no es diferente de sus modos de aprehensión y ello implica que las consideraciones metodológicas son parte integrante de la misma, no es la cuestión del fundamento último de la clínica sino de la mejor manera de revisar los presupuestos que la constituyen.

Lo mismo puede decirse del papel de la historia, relegada más aún al papel de preliminar o peor aún como prehistoria de nuestros errores. Es ya tradicional la división epistemológica entre historia interna y externa de la ciencia: Imre Lakatos, por ejemplo, caracterizó a la primera como la explicación racional del crecimiento objetivo (ilusión formalista, según Foucault) a ser completada, al menos parcialmente, por consideraciones socio-psicológicas, características de la historia externa. No está de más recordar lo ausente en nuestras discusiones de este segundo aspecto (consideraciones socio-históricas de la producción de los conceptos y enfoques del psicoanálisis), pero basta considerar un poco la historia interna para encontrar allí mismo numerosas fuentes de error y asimismo razones de por qué esta sola historia interna nunca basta.

En las discusiones psicoanalíticas esta historia interna estaría

dada por el desarrollo de los distintos conceptos, sus distintos ámbitos de aplicación, su racionalidad intrínseca por así decirlo. Ahora: ¿cuándo estos conceptos, por ejemplo, son una convención de uso, una definición, y cuándo intentan describir algún tipo de fenómeno clínico, psicopatológico o de la clase que sea? Se puede mostrar cómo en el ámbito de otras ciencias empíricas éste es un problema temporal (de la historia interna, en principio).

Quisiera mostrar someramente un esquema general para luego llevarlo en lo posible a nuestro campo. Utilizando un ejemplo de diversa fortuna en la epistemología, el enunciado universal "Todos los cuervos son negros", pretendió, suponemos, decir algo acerca de los cuervos para todo aquel que no tuviera la suerte de frecuentar dichos pájaros; ahora bien, pasado cierto tiempo de justificación inductiva de dicho enunciado (no es éste el momento para considerar el problema de la "inducción", doy por concedido este punto) la aparición de ningún cuervo blanco refutará la característica esencial de los cuervos de ser negros; simplemente el nuevo cuervo blanco será una sub-especie o le pondremos un nuevo nombre (dejo al lector la posibilidad de nominar estos nuevos cuervos blancos, escandalosos y algo así como una contradicción lógica, ya que por definición no existen).

Lo mismo puede decirse, por ejemplo, de las características de los cuerpos en física, las entidades nosográficas, (y este proceso marcaría el límite en que una nosografía se transforma en una clasificación, con el peligro de no notar la importante diferencia) y no veo por qué no también para los conceptos del psicoanálisis que utilizamos habitualmente. Intentaré aquí dar algunos ejemplos. Es habitual que las estructuras clínicas: neurosis, perversión y psicosis sean caracterizadas en relación a los mecanismos de represión, renegación y forclusión respectivamente; en algún momento estos mecanismos pasan a ser la definición de dichas estructuras, y ya no hay más lugar para las "evidencias" que puedan indicarnos lo contra-

rio; es así por definición; entonces nos encontramos con la curiosa situación de que si en el tratamiento con un psicótico, por ejemplo, tenemos rastros de una neurosis infantil o esta neurosis infantil no es tal (en general obligados a "no verla") o el paciente en cuestión deja instantáneamente de ser psicótico. Lo mismo ocurre con las distintas descripciones psiquiátricas de la esquizofrenia, para decirlo rápidamente; aquel paciente esquizofrénico que se cura, se cura porque no era esquizofrénico.

Un último ejemplo (son sólo ejercicios de pensamiento); los cuatro discursos introducidos por Lacan; en un principio valiosísimos instrumentos de lectura, no se leen ellos mismos sino que nos permiten leer, son reveladores de "condiciones de posibilidad"; de allí, el discurso del amo, por ejemplo, pasa a ser igual a discurso médico, igual a institución psiquiátrica y en una última aceptación que reconozco mucho más imprecisa: persona muy mala con pocos amigos. Son claras las dificultades que este proceso nos trae; solemos llamar a esto (y muy frecuentemente) cristalización o fosilización de las significaciones; un poco más técnicamente diríamos que se trata de la hipostación de entidades teóricas que pasan a tener muchas veces una realidad incuestionable.

El recurso de alguna manera inverso es el de las hipótesis "ad hoc", para poder incluir las contradicciones que los nuevos datos nos aporten dentro de la primera definición y conservar su contenido empírico (la legalidad o no de este procedimiento es otra cuestión).

La teoría, por así decirlo, se fagocita su propio contenido empírico. Este proceso pasa inadvertido la mayoría de las veces, por algo así como lo que podríamos llamar el desdén por las definiciones. No creo estar exagerando si afirmo que hay quienes creen que el pedido de precisión en los conceptos es un pre-judicio positivista.

Podríamos preguntarnos aquí de qué naturaleza son los problemas teóricos que diariamente se nos presentan en relación a la clínica (más allá, claro, de no saber qué hacer con los pacientes); ¿son

contradicciones internas de la teoría? ¿o son contradicciones entre consecuencias clínicas que se desprenden de la teoría y resultan contrarias a lo que acontece en la práctica? ¿tenemos elementos para realizar esa diferencia? ¿nos interesa? Creo que debiera interesarnos y creo que en general que contamos con los elementos conceptuales, aunque hagamos diferencia intuitivamente.

En relación a este horror por la precisión considero que en parte se explica por una confusión entre lo que es el lenguaje de la teoría y lo que es el lenguaje acerca de la teoría (lenguaje-objeto y meta-lenguaje respectivamente).

Ya recusamos la pretensión positivista de las cadenas de definiciones precisas que culminen en términos primitivos "experienciales", pero ello no elimina las necesarias consideraciones meta-lingüísticas acerca del uso de nuestras definiciones. Por otro lado, y retomando los anteriores desarrollos, con las consideraciones de cada caso, podemos hacer en la teoría, la diferencia entre definiciones nominales y definiciones reales (Cf., Hempel, *Fundamentos de la formación de conceptos en ciencia empírica*, capítulo 1). La primera introduce una nueva expresión, en favor de la cual podemos eliminar otra expresión cuyo significado ya es entendido, quedando en suspenso el contenido empírico y la cuestión de su verdad o falsedad. Por otro lado una definición real no se ofrece como una convención concerniente al uso de un término, sino más bien como una aserción que pretende ser verdadera.

Sabemos, aunque en principio las definiciones nominales son mucho más frecuentes en nuestro ámbito, de este último uso (introducción de definiciones reales), apelando para su contrastación, la evidencia de la clínica. ¿De qué clase es esta evidencia? ¿qué pueden significar expresiones frecuentemente utilizadas como "se refleja en la clínica" o lisa y llanamente "se ve o se escucha a los pacientes"? Como la clase de evidencia a la que se hace referencia queda muchas veces inespecifi-

cada, el pasaje de un tipo a otro de definición se realiza imperceptiblemente (lo que pretendía ser una definición real no es sino la definición de un término por otro), y éste es el comienzo de la confusión.

La diferencia entre lenguaje y meta-lenguaje se completa generalmente con otros pares de conceptos que también apelan a la diferenciación de órdenes como los de uso y mención por un lado y los de significar y nombrar por el otro. Dice Quine "... podemos usar significativamente términos singulares en enunciados sin necesidad de suponer que hay unas entidades que aquellos términos pretenden nombrar; podemos usar términos generales, predicados por ejemplo, sin necesidad de conceder que sean nombres de entidades abstractas; también podemos considerar los usos lingüísticos como significantes y como sinónimos o heterónimos los unos de los otros sin complicarnos con un reino de entidades llamadas significaciones". (Desde un punto de vista lógico, *Ensayo 1*) Y esto no implica ninguna devaluación epistemológica, (el que no siempre estemos hablando de cosas) pero sí nos compromete a explicitar nuestros presupuestos, que la mayoría de las veces no son sino "decisiones" a tomar acerca de si hay aquello que decidimos que hay y en caso afirmativo los medios para comprobarlo.

Respecto al uso y mención de los conceptos, sólo quiero señalar el uso intuitivo que de ellos realizamos. Se explicita en la lectura de algunos materiales clínicos, cuando ciertos conceptos puestos en juego posibilitan una apertura de las perspectivas clínicas del caso (es decir que son usados) y cuando nos rodea la oscura sensación de que los conceptos sólo han estado hablando de sí mismos (han sido sólo mencionados). Trasládese esta situación a la confección de historias clínicas, donde nos encontraríamos con el desastre de que, para usar una metáfora, hemos estado hablando de nosotros cuando deberíamos haber estado hablando de los pacientes.

La pregunta que he intentado

sostener durante todo el presente trabajo es ¿qué tenemos que hacer para ser científicos o para que nuestra teoría sea científica? Sino, más modestamente ¿de qué estamos hablando cuando discutimos?

Esto es correlativo, como ya señalé al principio, de desistir de la búsqueda del "fundamento" y de una concepción (concepción que he tratado de "mostrar") instrumentalista de las teorías; en este sentido es que tenemos que apropiarnos de los mejores instrumentos que podamos encontrar, para elucidar esa experiencia, que por más que intentemos eludir, golpea a nuestra puerta. Dicho en un contexto psicoanalítico en que se apela, muy confusamente, a ciertos usos matemáticos, con la intención de "fundamentar" una clínica; cito por última vez a Quine "... los excesos ontológicos del teorizador pueden sustraerse a veces a la percepción del público mediante su disfraz de lógica". Hablaba nada menos que de Frege y Russell.

De hecho no es de forma puramente lógica como se pueden diferenciar sin más los distintos tipos de definiciones; se necesita considerar los casos, sus contextos correspondientes y muchas veces *decidir*. Parfraseando a Rorty, al caracterizar un episodio o estado como de conocer, no estamos ofreciendo una descripción puramente empírica o puramente lógica de tal episodio o estado; lo estamos colocando en el espacio lógico de las razones de justificar y ser capaz de justificar lo que se dice.

Creo haber presentado algunos argumentos que justifiquen nuestra necesaria formación en epistemología y su papel en la práctica "racional" y tratado de elucidar algunas fuentes de error que permiten que seamos positivistas, cuando justo no queríamos serlo. De ninguna manera estos argumentos son concluyentes; si se tienen otros mejores, entonces el debate habrá comenzado.

Quisiera terminar con la definición que Habermas hace del positivismo, particularmente el único positivismo que me interesa recusar: *renegar de la reflexión* ■



## LECTURAS

*Manuel Suárez Richards, (Ed.). Introducción a la Psiquiatría.* Edit. Salerno, Buenos Aires, 1995, 495 págs.

Con la coordinación editorial del Prof. Manuel Suárez Richards el equipo que lo rodea en la Cátedra de Psiquiatría de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata ha confeccionado un Manual Introductorio para estudiantes de medicina y médicos generales, pero sin duda de gran utilidad en la formación de especialistas en psiquiatría. La aparición del texto está justificada por varias razones. En primer lugar porque resulta del trabajo y de la reflexión conjunta de un equipo universitario argentino, en segundo lugar porque sus páginas, concisas, escritas en una prosa clara y rigurosa logran un efecto muy positivo sobre la comprensión conceptual de los temas, en tercer lugar porque la selección de tópicos, siempre tan difícil en estas obras ha sido acertada, no quedando nada de lo esencial sin tratar o al menos ser mencionado, y por último, por que editar en este momento en nuestro país es una empresa que requiere un esfuerzo extraordinario. Desde todo punto de vista esta obra es un logro a recomendar y emular.

C. C.

**Emergencias médicas: pautas para la atención inicial.** Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba, Córdoba, 1994, 349 págs.

Un volumen preparado por médicos de distintas especialida-

des. Elaborado por Especialistas de Córdoba, a iniciativa del Consejo de Médicos de la Provincia, este Manual contiene las pautas básicas para encaminar, de modo adecuado, la atención inicial de las emergencias médicas. Tal instrumento destinado a los médicos generales o de otra especialidad apunta, según sus autores, a tres objetivos:

- Facilitar la etapa más difícil del acto médico: la toma de decisiones.
- Asegurar el manejo especializado post-crítico.
- Ajustar la prestación médica a un nivel mínimo de calidad, con los recursos materiales y técnicos necesarios para el manejo de cada emergencia.

El Capítulo XVI de la obra está dedicado a Psiquiatría y responde a la autoría de los miembros del Comité de Contralor del título de Especialista, los Dres. Elpidio Olivera (Presidente), J. C. Beltramone, R. Castro, C. Cornaglia y E. Roca a quienes se unieron C. Ahrensburg, M. A. Bonetto, D. Courel, A. L. M. Godino, M. López y L. S. Morra. En dicho Capítulo se exponen en forma práctica y concisa los criterios para tratar la Conducta Suicida, el Delirium, la agitación psicomotriz aguda y el trastorno por angustia. Una herramienta muy útil, digna de ser conocida en otros puntos del país para avanzar en normatizaciones generales de gran utilidad en el tratamiento de las Emergencias Médicas.

J. C. S.

**Leonardo Strejilevich. Fundamentos de Neurología.** Comisión Bicameral Examinadora de Obras de Autores Salteños, Salta, 1993, 372 págs.

Una obra singular sin duda. El autor, neurólogo, neurocirujano,

docente, ensayista, vuelca en una serie de capítulos, confeccionados como pequeñas monografías, un vasto conocimiento de su especialidad, producto de una información actualizada y una práctica clínica de varias décadas. Todos los nudos temáticos de la neurología son abordados en este texto raro por lo poco habitual que es que desde el interior del país se produzcan obras de su tipo. Estudiantes de medicina, médicos clínicos, psicólogos y todos los profesionales necesitados de una información clara sobre los temas que domina Strejilevich encontrarán en este libro una fuente de referencia.

Vertex

## SEÑALES

### **Carrera de Posgrado en Psiquiatría y Psicología Médica**

**Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad Nacional  
de La Plata**

**Departamento de Graduados**

*Inicio del curso lectivo 1996*

La Carrera de post-grado de Especialista Universitario en Psiquiatría y Psicología Médica tiene como objetivo general, con la tradición y en el amplio marco de influencia de la Universidad Nacional de La Plata, la formación universitaria, a lo largo de tres años de intenso trabajo diario teórico práctico, de Médicos Psiquiatras capacitados para desarrollar acciones en las tareas de la

prevención, asistencia y tratamiento de los problemas relacionados con la Salud Mental.

#### **Cuerpo Directivo**

*Director:* Prof. Dr. Néstor M. S. Koldobsky. *Sub-Director* (Psiquiatría): Prof. Dr. Manuel Suárez Richards. *Sub-Director* (Psicología Médica): Prof. Dr. Luis Dapino. *Coordinador Interdisciplinario:* Prof. Dr. Alberto Bertoldi. *Coordinador Pedagógico:* Dr. Jorge Folino. *Coordinador Asistencial:* Dr. Pedro Gargoloff. *Secretario:* Dr. José Carrera.

#### **Plan de Estudios:**

##### **1er año:**

1. Historia de la Psiquiatría I.
2. Bioestadística.
3. Neurobiología- Neuropsiquiatría.
4. Psicología Médica I.
5. Semiología.

##### **2º año**

1. Historia de la Psiquiatría II.
2. Metodología de la Investigación.
3. Psicología Médica II.
4. Psicopatología I.
5. Psiquiatría Clínica I General.
6. Psiquiatría Forense I.
7. Terapéutica Psiquiátrica II a. Psicofarmacología.

##### **3er. año**

1. Psiquiatría Clínica II.
2. Terapéutica Psiquiátrica III.
2. Psicopatología II.
3. Psiquiatría Forense II.
4. Psiquiatría Social y Comunitaria.
5. Administración en Servicios de Salud Mental.

#### **CURSOS OBLIGATORIOS**

##### **1er. Año:**

Bioestadística y epidemiología

##### **2do. Año:**

Inglés Técnico I y II.

##### **3er. Año:**

Humanidades Médicas. Medicina Legal. Med. Sanitaria.

**Sede:** Pabellón para Enfermos Agudos del Hospital "Dr. A. Korn" de Melchor Romero, lugar de consulta externa, admisión y tratamiento en la fase aguda o subaguda de los desórdenes mentales.

#### **Actividades Teóricas**

Se desarrollarán clases con una orientación teórico-práctica. Se usarán métodos audiovisuales. Serán invitados docentes nacionales y extranjeros.

#### **Actividades Prácticas**

Los alumnos tendrán una activa y creciente participación en los

servicios de internación, consultorios externos y servicios de tratamientos especializados. Los alumnos realizarán pasantías por servicios nacionales y extranjeros.

#### **Evaluación**

1. Periódicamente se realizarán evaluaciones de las asignaturas propedéuticas con:

1.a. Pruebas prácticas.

1.b. Listas de cotejo.

2. Los cursos complementarios contarán con sus propios métodos de evaluación. Tales cursos deben ser aprobados para que su peso horario sea considerado válido.

3. Anualmente se realizará evaluación sumativa de las asignaturas propedéuticas con prueba escrita mixta con ítems de base semiestructurada y de base estructurada.

#### **Evaluación Final**

Para optar al título de Especialista Universitario, se realizará un examen final con Profesores invitados, nombrados por el Departamento de graduados de la Facultad de Ciencias Médicas, conforme con las reglamentaciones.

#### **Trabajo de Investigación**

Al finalizar el tercer año el graduado presentará un Trabajo de Investigación, cumpliendo con las Reglamentaciones de la Facultad, el cual deberá ser aprobado por el Director del Curso, y posteriormente frente a un Tribunal examinador designado por el Departamento de Graduados de la Facultad de Ciencias Médicas.

#### **Ingreso**

La selección se realizará conforme con las Reglamentaciones vigentes en la Facultad.

La selección incluirá los siguientes requisitos:

- Prueba escrita de conocimientos básicos.

- Evaluación del "Curriculum Vitae" y de los antecedentes de rendimiento académico.

- Entrevista individual.

*Informes e inscripción:* Dpto de Graduados de la Fac. de Ciencias Médicas de la UNLP. Calle 60 y 119. 1900 La Plata.

# iPsi

Centre d'atenció,  
docència i investigació  
en Salut Mental

*Director, Dr. Valentín Barembli*

**iPsi**, es una asociación cuyo propósito esencial es el desarrollo de proyectos dirigidos a la atención de la salud mental. Realiza actividades interdisciplinarias que promueven la asistencia, la docencia y la investigación en el campo de la salud mental, y efectúa acciones tendientes a proteger, conservar, restablecer y rehabilitar la salud mental de las personas, familias, grupos humanos, instituciones y comunidades.

Las actividades de **iPsi** se desarrollan en cinco áreas cuyos objetivos fundamentales son:

#### **Area de atención clínica**

Ofrecer el diagnóstico, la orientación, la prevención y el tratamiento de trastornos psíquicos en niños, adolescentes y adultos. Para ello se utilizan distintas formas de intervención:

- Consultas diagnósticas y de orientación.

- Entrevistas psicoterapéuticas y grupos operativos en situaciones de crisis evolutivas o accidentales.

- Psicoterapia psicoanalítica individual, familiar y de grupo.

- Psicodrama.

- Terapéutica psicofarmacológica.

#### **Area de atención institucional**

Brindar servicios de supervisión clínica, análisis institucional y asesoramiento técnico a instituciones y programas de salud mental, educación y servicios sociales.

#### **Area de atención comunitaria**

- Efectuar actividades de educación para la salud.

- Ofrecer asesoramiento y apoyo técnico en aspectos relacionados con la salud mental a organizaciones comunitarias y de usuarios.

#### **Area de docencia e investigación**

- Realizar actividades de formación para profesionales y especialistas en salud mental, de la educación, los servicios sociales, otros agentes comunitarios y estudiantes universitarios interesados en la salud mental.

#### **Area de publicaciones**

- Publicar los contenidos de las actividades docentes y de investigación que se realicen en el Centro y otras actividades conexas.

### Definición del programa

Nos proponemos la puesta en marcha de un nuevo programa que permita, de una forma sistematizada y con una metodología concreta, avalada por la experiencia, atender una demanda creciente. Durante el curso 94-95 gestionamos una experiencia piloto en la cual participaron 7 profesionales, lo que nos ha permitido dar a conocer la realidad catalana y europea en el ámbito del trabajo en salud mental y drogadependencias a profesionales que están en proceso de formación especializada en diferentes países de América del Sur.

Por otro lado, el desarrollo de la atención en salud mental en Cataluña ha experimentado un gran avance gracias al aporte de diferentes ayuntamientos y diputaciones, y, más recientemente, del Programa de Salud Mental y del Organismo Técnico de Drogadependencias dependientes de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat. Esta tarea de formación en recursos humanos cuenta con el apoyo de diferentes instituciones públicas y privadas, que hacen de este trabajo colectivo una experiencia de interés para profesionales de otras disciplinas. Este proyecto se propone sobretodo la mejora de la calidad de los servicios que se prestan en los países a los que va destinado y aportar alternativas para el desarrollo y mejora del sistema en nuestro país. Tenemos la firme convicción de que proyectos como éste, basados en el trabajo transnacional, siempre aportan elementos positivos, a pesar del esfuerzo que representan tanto en recursos institucionales como por parte de los profesionales participantes.

### Objetivos

- Facilitar una experiencia transnacional a profesionales de salud mental y drogadependencias.
- Dar salida a las necesidades formativas expresadas por diferentes centros e instituciones iberoamericanas.
- Difundir la experiencia acumulada, además de mejorar los diferentes modelos existentes a partir de posibilitar la interacción y el intercambio de conocimientos y experiencias.
- Promover nuevas propuestas de investigación en el campo de la salud mental.
- Formalizar, a nivel académico y de currículum, las estancias formativas de los profesionales que

Asociación de Psiquiatras Argentinos



## XII Congreso Argentino de Psiquiatría "Diversidad e integración"

27 al 30 de abril de 1996 - San Miguel de Tucumán

Las actividades consistirán en Simposios Internacionales, Simposios Nacionales, Simposios auspiciados por la Industria Farmacéutica, Paneles, Mesas Redondas, Comunicaciones Científicas, Videos y Cursos

Se contará con la presencia de autorizadas figuras de la Psiquiatría, Psicoanálisis y Salud Mental nacionales y extranjeras

### Informes e inscripción

San Martín 579 2º piso, 1004 Capital Federal

Tel./Fax: 393-3381/3129/3059

participan en este programa como estudio de especialización.

### Metodología y dispositivo para la acción

Para llevar a cabo este proyecto, es necesario un gran rigor en la preparación y acción, y un esfuerzo que permita integrar la experiencia individual y un trabajo sistematizado en la previsión de acciones, prácticas, seminarios, supervisiones, etc.

El proyecto que presentamos debería tener el reconocimiento de algunas instituciones responsables de la planificación y ejecución de los diferentes programas, así como contar con la colaboración de centros prestadores de servicios de reconocido prestigio en el ámbito de salud mental y del trabajo con drogadependencias. Todo ello dentro del territorio catalán y en el marco del Programa de Salud Mental y del Programa del Organismo Técnico de Drogadependencias. Para enriquecer la experiencia, nos proponemos la participación en este programa transnacional de algunas instituciones y redes de salud mental de otras comunidades autónomas del Estado español y de diferentes países europeos.

*iPsi* se compromete a hacer posible este proyecto con el rigor necesario, preparar las estancias de profesionales en prácticas y realizar los trámites precisos para poder al-

canzar los objetivos propuestos, tanto en la preparación de las prácticas en centros especializados, como en el conocimiento de los marcos teóricos que inspiran la acción en estos temas. También se compromete a la realización directa de actividades docentes, tutorías, seguimiento y supervisión de las prácticas de los participantes, y a garantizar su organización.

Esta propuesta de programa tiene muy en cuenta la necesidad de adaptar estas estancias a las demandas, los intereses y las expectativas de los participantes, y los programas de intercambio se adecuan a las necesidades y los intereses específicos de cada uno de los profesionales, de acuerdo con las especificidades del entorno institucional y comunitario del que provengan.

### Ciclo lectivo 95-96

El programa de Cooperación con Iberoamérica, *Formación de Recursos Humanos en Salud Mental*, contará con la participación de 16 profesionales de la República Argentina, que realizarán rotaciones y pasantías de dos a seis meses de extensión. Las actividades se iniciaron en el mes de octubre ppdo. y se desarrollarán durante el curso académico.

Informes: General Mitre 203 bis, 1er. 1a. 080023, Barcelona, España. Tel.: 417-9696

# Sobre ética y psicoterapias

Lía Ricón\*

Recientemente apareció en librerías y recibimos en nuestra redacción un libro singular: **Ética y psicoterapia**. María Lucrecia Rovalletti (Ed.), Ed. Blos, Bs. As., 1995, 167 págs.

El texto tiene, como primer mérito, reunir aportes de trabajadores en distintas disciplinas que se vinculan entre sí por referirse al trato con personas que son discriminadas por padecer determinado tipo de problemas.

Mencionemos, en primer término, que es un homenaje a Eugenio Pucciarelli de quién leemos una pregnante frase en el prólogo de la Prof. Rovalletti: "No se trata ya de discutir sobre la libertad, sino de contribuir a crear las condiciones que hagan posible su ejercicio".

A través de los distintos trabajos se perciben categorías abarcativas de nuestras prácticas psicoterapéuticas y jurídicas que permiten una mayor tranquilidad al llevar a cabo conductas tan ambiguamente reglamentadas como son especialmente las de los psicoterapeutas. Implican encontrar una axiología compartida que nos guíe. Parece estar centrada en un criterio del utilitarismo, "evitar el sufrimiento del mayor número de personas por el mayor tiempo".

Se podrían hacer comentarios personales tan variados como los temas y autores que participan en esta publicación. Sin embargo como mi objetivo es presentar este texto a nuestros lectores, prefiero acercarle una apretada síntesis de los trabajos, con algún agregado de mi cosecha, tan inevitable como la tendenciosidad en la selección de ideas y frases transcritas.

El orden de los trabajos es el de aparición en el libro.

• El Dr. R. Maliandi, filósofo y profesor de ética expone y comenta en "Discurso ético y discurso psicoterapéutico" las características de ambos discursos. En el primero considera la posibilidad de cuatro niveles: moral, ético-normativo, metaético y ético descriptivo. En el discurso psicoterapéutico menciona los conflictos, la patología y los disturbios. Cabe mencionar que a los psicoanalistas nos toca trabajar con un porcentaje de analizados que no tienen diagnóstico justamente porque su decisión de intentar un proceso psicoanalítico tiene origen en un deseo de autoconocimiento, y no particularmente de un padecimiento concreto. Aquí también se plantean aspectos éticos y tal vez más difíciles porque son más estrechos los senderos que debemos recorrer.

Maliandi habla de todos modos de este discurso no profesional al referirse al sacerdote, amigo, padre, consejero y ahí vería puntos de contacto con el discurso ético. Este es un interesante tema de discusión.

• La Dra. Bonilla, también filósofa y profesora de ética, aborda el controvertido tema de la neutralidad axiológica de la ciencia. Plantea una ciencia como parte de un todo organizado que tenga como fin el bienestar

de la humanidad. Habla de un neutralismo exagerado, algo ingenuo, citando a Mario Bunge, quién señala que la propia ciencia es ya un valor.

Creo que como psicoterapeutas nos interesa especialmente la afirmación de la Dra. Bonilla referida al neutralismo moderado: "la investigación científica necesita apoyarse en un sistema determinado de valores, por ej. el desarrollo de la ciencia sólo es posible en el marco de un cierto clima natural y la vigencia de un sistema de valores, como el valor de la libertad de expresión".

Es aquí indispensable mencionar que para los psicoterapeutas el ejercicio profesional necesita absolutamente de la existencia de garantías constitucionales para poder efectivizarse. La neutralidad del analista y la asociación libre del analizado para mencionar sólo dos aspectos, se ven seriamente afectadas por la falta de la protección social que produce, por ejemplo, la falta del recurso de habeas corpus o de la función represiva del aparato policial, como se ve en las dictaduras.

Me pareció sumamente importante lo referido a la polémica entre Adorno y Popper, continuada por Habermas y Albert. Transcribo un párrafo porque lo expuesto me parece que está en el centro de la problemática:

"Para los Frankfurtenses, el dualismo entre conocer y valorizar que enarbolan los llamados "positivistas" reduce el conocimiento racional al campo de las ciencias experimentales. En este sentido, la razón sería, exclusiva y limitadamente, la función de utilizar con corrección las reglas metodológicas y los conceptos de la lógica formal. Queda así eliminada toda competencia de la razón respecto de las cuestiones de la praxis social y, por ende, se defiende la neutralidad de la ciencia. Pero esta eliminación de la razón implica lógicamente el peligro de que el campo de la praxis sea dominado y organizado de manera *decisionista* por los políticos de turno, es decir por los grupos que detentan el poder".

Menciona también el tan interesante concepto de Adorno "intereses latentes" los que dan lugar al proceso de formación de la ciencia.

• Lucrecia Rovalletti en "Reflexiones para una ética del proceso psicoterapéutico" nos alerta sobre una situación lamentablemente cada vez más presente, el deterioro de la relación médico-paciente, sobre el valor de la palabra no sólo como instrumento del psicoterapeuta sino en sus connotaciones presentes desde la antigüedad.

Desarrolla la frase del título del conocido trabajo de Ricoeur "La vida es un relato en busca de un narrador"... "La vida es sólo un fenómeno biológico, mientras no haya sido interpretada"... "La vida no es un texto aislado sino que se comprende dentro de un contexto que la alimenta y la ilumina".

Nos habla también de las responsabilidades entre terapeuta y paciente y desarrolla ocho premisas a tener en cuenta, que transcribo abreviadas:

1. Toda persona tiene derecho a recibir un tratamiento.
2. El paciente tiene derecho a ser tratado por un agente competente.

\* Médica psiquiatra. Psicoanalista en función didáctica (APA), Prof. titular del Dpto. de Salud Mental Fac. de Medic. UBA, Miembro del Capítulo de Ética de las Asoc. de Psiquiatras Argentinos (APSA)

3. El paciente tiene derecho a un arreglo financiero razonable.
4. El paciente tiene derecho a que su tratamiento tenga término.
5. El paciente tiene derecho a recibir el tratamiento más apto, debe para ello recibir una información previa que le permita aceptarlo con un consentimiento informado.
6. El paciente tiene derecho a que se lleve un registro preciso del proceso terapéutico.
7. Tiene derecho a reserva y confidencialidad.
8. Lealtad, confianza y distancia serían deberes del paciente. La autora agrega confidencialidad.

• Alejandro Lagomarsino nos revela en "La ética de la internación psiquiátrica voluntaria", un conocimiento acabado y crítico de nuestra realidad asistencial en donde las internaciones por causas sociales incluyen un porcentaje muy alto de pacientes. Es fundamental denunciar este hecho por diversas razones entre las que podríamos mencionar las económicas (la infraestructura o las acciones a desarrollar para solucionar el problema social serían menos costosas que el dispositivo asistencial); sociales (los pseudo-pacientes no tendrían el estigma de una internación psiquiátrica) y políticas (se esclarecerían los factores determinantes que permitirían al menos conocer con más precisión las causas e implementar así las posibles soluciones).

• El trabajo del Dr. Luis Fernando Niño, Juez, Lic. en Criminología y Prof. de Derecho Penal "Patología de la reclusión carcelaria" es, al menos para los que no estamos en contacto directo con el ambiente jurídico, emocionante.

Se plantea aquí el teorema insoluble que es el de la supuesta *resocialización a través del aislamiento*. Se describen las requisitas hechas a los internos con la mirada crítica que las presenta como violencia y violación que obviamente no contribuyen a la resocialización.

Dice textualmente: "Sólo los guardamos por unos meses o años para que después salgan a encontrar una víctima un poco más segura, un damnificado que no los ponga en riesgo de perder su libertad ya maltrecha. Nosotros sabemos, tanto desde un punto de vista filosófico como sociológico, que su libertad —a cierta altura de cierto entrenamiento— no es la misma que la de nosotros, que no hemos padecido el cautiverio que ellos habrán experimentado".

• En "Peritaje o mediación en los conflictos familiares" Carlos María Díaz Usandivaras ilustra muy adecuadamente la exposición con un caso clínico. Hay un párrafo especialmente útil para el tema de este libro:

"Los terapeutas familiares sistémicos tendemos a hacer terapias breves y esto es un imperativo ético. No sólo por razones económicas, sino porque toda psicoterapia implica una seria perturbación ecológica en cualquier grupo humano, donde el terapeuta se agrega como convidado de piedra... especialmente el de niños y adolescentes que genera un menoscabo de la autoridad y del poder de decisión de los padres... se crea un contexto sobreprotector que preserva a estos pacientes de afrontar las consecuencias de sus acciones y termina quitando responsabilidad a la familia, a través de un proceso de depositación, tal como lo describiera Pichon Riviere".

• Guillermo Vidal, maestro y decano de este grupo, nos ofrece "Límites y terminación en psicoterapia". Lamento la brevedad del texto ya que G. Vidal es una de las personalidades más originales y fecundas de nuestro medio. Quiero mencionar dos conceptos, uno particu-

larmente original y verdadero: "Una de las razones por las cuales las psicoterapias tienden a prolongarse más allá de lo que cabe esperar, es una dependencia emocional y económica por parte del terapeuta con respecto de su paciente".

Otro, además muy especialmente por el humor incluido, dice "No esperemos que el paciente quede 0 km. porque los "0 km." únicamente los encontramos en la concesionaria de automóviles. Las contradicciones humanas no se resuelven; pueden convivir más o menos amigablemente. Las contradicciones se resuelven, eso sí, en el campo de las matemáticas, en el campo ideal de las matemáticas".

• La Dra. María Luisa Pfeiffer, psicóloga, fenomenóloga y filósofa en "El problema del espacio en psicoterapia" desarrolla a partir de la perspectiva fenomenológica el concepto del espacio que ha de constituirse entre terapeuta y paciente en el que debe existir "comprensión, acercamiento y amor". Plantea claramente y desarrolla las diferencias entre comprensión y explicación, conceptos tan ricos en la utilización de la fenomenología en la clínica psiquiátrica y en las psicoterapias.

Hay además en este trabajo un concepto que habitualmente es dejado de lado en la perspectiva determinista desde el pasado muy fuerte en los desarrollos freudianos. Me refiero a la posibilidad de pensar un tratamiento "si algo nos espera al final del un camino". Dice textualmente: "Siempre la ruta tiene más kilómetros cuando volvemos de las vacaciones que cuando vamos".

También quiero mencionar el desarrollo que hace de la constitución de un espacio como un "entre" el paciente y el terapeuta. Me parece interesante recordar que este concepto también está tomado por Daniel Sibony, psicoanalista y también "*docteur d'Etat en mathématiques et philosophie*," en un libro llamado justamente "*Entre-deux, l'origine en partage*", donde habla de entre dos entre lenguas, entre mujeres, entre enamorados, entre vida y muerte, etc.

La autora plantea también a modo de conclusión que toda psicoterapia compromete a la libertad, y que "Mientras la filosofía recorría gozosa este camino, la psicología y más aún la psiquiatría, atada a los patrones médicos, dejaba de lado la libertad y se planteaba la enfermedad sólo como el apartamiento a la "norma".

• El trabajo de los Mendilaharsu, psicoanalistas uruguayos neuropsicólogos y Profs. Eméritos de la Univ. de Montevideo, tiene las esperadas características de quienes han transitado por distintas disciplinas. Su título es "Límites y terminación del tratamiento".

Enfatizan el carácter terapéutico del psicoanálisis ya establecido por Freud. Retoman también la siempre presente discusión sobre si el psicoanálisis es o no una ciencia y lo poco que dilucidar este tema aporta a la solución de las dificultades que plantea el psicoanálisis.

• "De los valores de la cura", es un muy importante aporte al tema del Lic. Saúl Paciuk, psicoanalista uruguayo, desde la perspectiva kleiniana. Trabaja sobre distintas posibilidades en la consideración de los valores en el ejercicio de la psicoterapia a saber: Modificar un malestar en cuya génesis están los valores; Mantenerse en una vía de neutralidad o prescindencia de valores; Constituir un proceso que rehace los momentos de *creación de valores*.

Plantea y desarrolla el concepto de un conflicto entre sujeto y objeto que se produce entre dos órdenes de valores, los subjetivos —expresados por pulsiones, necesidades, demandas, apetencias, y deseos— y los objeti-



vos, propios del otro –el mundo, la cultura, la sociedad, etcétera–.

Considera el centro del proceso como la relación con el otro tenido por objeto hasta ser des-encubierto como alteridad.

Desarrolla este concepto sobre la base de los aportes kleinianos de escisión-acusación, ambivalencia-culpa, gratitud-reparación.

• En "Psiquiatras y juristas frente al tema de la imputabilidad ¿Discursos complementarios, protectores o discriminatorios?", el Juez Dr. Carlos Alberto Elbert desarrolla el *paralelismo asombroso* que nos fuerza a cotejar el modo en que nos relacionamos con nuestras respectivas clientelas. Cómo se segrega a los diferentes, se intercambian los términos de criminal y enfermo mental. También alude a lo desarrollado en el trabajo de Niño sobre el mito de la recuperación para la sociedad.

Otros puntos planteados son el agravamiento terapéutico por causa del "tratamiento fallido", la burocratización terapéutica, la internación en "establecimientos especiales", la necesidad de hacer desaparecer las llamadas "instituciones totales" y la legitimación de la violencia social mediante la ciencia y su influencia en la comunidad. En este último tema se mencionan las conclusiones del informe final del Instituto Interamericano de Derechos Humanos, en referencia a la cuestión psiquiátrica:

1. Considerar las intervenciones médicas mutilantes y deteriorantes destinadas exclusivamente a producir modificaciones en la conducta humana como graves violaciones de los derechos humanos.

2. Tipificar penalmente su práctica e inhabilitar a los magistrados y funcionarios que las autoricen.

3. Exigir un amplio *deber de explicación* del médico antes de aplicar una técnica conductista o reflexológica y prohibir su empleo sin que medie consentimiento libre del paciente, posterior a la comprensión de la correspondiente explicación.

• La periodista Viviana Gorbato, con el sugestivo título "Los competidores del diván", nos lleva al campo de lo social y nos informa sobre estas nuevas religiones terapéuticas y la búsqueda de éxtasis en todas las terapias alternativas que si bien pueden tener, y tienen, aspectos rescatables tales como la meditación, son depósito de charlatanería, autoritarismo y aprovechamiento de los seguidores ingenuos.

Es interesante ver aquí cómo en toda América latina el sincretismo religioso intenta recuperar las destruidas prácticas de los nativos de este suelo que fueron reemplazadas por otros ritos sin más autoridad que la de ser los de los invasores.

• El Dr. Enrique Probst, psicoanalista y Prof. de Psiquiatría, escribe "Crisis, vulnerabilidad y psiquiatría". Establece las diferencias entre lo patológico y lo patoplástico, entre el concepto de vulnerabilidad y el de riesgo en Epidemiología.

Habla de alienación social y de anomia y expresa enfáticamente que:

La *política*, la *economía* y la *salud*, están en una encrucijada. Nos damos cuenta, cada vez más frecuentemente, que la mala salud es el resultado de una mala política y una mala economía. El diseño de la *política económica* afecta a toda la sociedad y los economistas se han transformado en administradores en crisis.

• En un segundo trabajo, "Hacia una ética de la calidad de vida", Lucrecia Rovalletti, enfatiza la relación de la calidad de vida con los factores económicos y políticos, desarrollando el concepto que considera a la salud

como una categoría que no puede considerarse en la soledad del individuo aislado, sino en relación con el medio social.

Un discurso sobre la enfermedad es un discurso sobre la sociedad entera.

• El trabajo de Fernando Lolas Stepke, "Apuntes para una ética del saber", es lamentablemente muy corto, teniendo en cuenta la riqueza de este pensador.

Los temas que plantea son centrales en nuestro desarrollo personal y profesional. Nos habla de la importancia de no considerar *saber* a la acumulación de información.

Discrimina entre *Información*, *Conocimiento* y *Sabiduría*.

Nos dice claramente que los *datos* como decía Ortega y Gasset, no constituyen la realidad. Sólo la plantean como problema. La realidad de las ciencias es un producto, una construcción social. El conocimiento es información –o lo supone– pero información organizada.

"La sabiduría es el logro personal de quienes, además de saber, saben qué saben y qué ignoran, saben por qué saben, y también para qué saben".

Otro concepto interesante desarrollado es que la principal función de las instituciones culturales en relación al saber no es sólo certificarlo y cautelararlo sino producir *procesos sociales basados en el saber*.

Nos habla de *saber-hacer*, *hacer-saber* y *saber-estar*, como aspectos de una práctica solvente.

Plantea también los méritos que cualifican las tareas de las instituciones culturales y los menciona como *instrumental* o *técnico*, *hermenéutico* y la posibilidad de que una acción pueda jugar un *papel participatorio*.

Habla también de distintos tipos de praxis, de los límites de las instituciones culturales y de la responsabilidad del saber.

• También debería desarrollarse en muchas más páginas "Modelos de Salud Mental y la realidad social latinoamericana" de Pablo Abadie. Abadie, en un emocionante homenaje a Hugo Rosarios, decidió glosar los conceptos de su última conferencia.

Los ítems propuestos para pensar en una ética de las organizaciones de salud son los siguientes:

1. Sistema de valores.

1.1. Ofrecer servicios para un mayor número

1.2. Anteponer la necesidad de la población a las de la organización que ofrece servicios.

1.3. Dar una respuesta organizativa y no individual.

1.4. Que la salud mental debe estar integrada a la salud general.

1.5. Que hay un modelo de práctica diferente para la salud mental general y la práctica privada.

1.6. Que la terapia como tratamiento es distinta de la terapia como aprendizaje o como autorealización.

1.7. Que en las terapias es importante centrarse en el motivo de consulta y preocuparse por los resultados y por el tiempo.

2. Criterios para la organización de los servicios.

3. Respuesta a las demandas.

4. Cómo se modula la demanda.

5. Transdisciplinarietà.

6. Importancia de la primera entrevista.

7. El individuo como parte de un sistema

8. Importancia del seguimiento.

9. Educación continuada.

10. Los pacientes graves (5%)

Abadie enfatiza y desarrolla las propuestas de Avedis Donabedián sobre la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención médica y la impostergable necesidad de cambios en el imaginario social ■