



VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

133



NOSOLOGÍAS Y NOSOGRAFÍAS PSIQUIÁTRICAS ARGENTINAS

Juan Carlos Stagnaro

*Ameghino / Andía / Arditi Rocha / Betta / Borda / Bosch / Carrillo
Ciafardo / Ciampi / Krapf / Liberman / Malfatti / Meléndez / Pabstleben
Pichon Rivière / Radecki / Ricón / Salvati / Tobar García*

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

Volumen XXVIII – Nº 133 Mayo – Junio 2017 – ISSN 0327-6139 – Buenos Aires

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

Comité Científico

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

Comité Editorial

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

Corresponsales

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

Corresponsales en el Exterior

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

Objetivo de VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría

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

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

Corrección técnica de textos:
Natalia Fuertes

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

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

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XXIX Nro. 133 MAYO-JUNIO 2017

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX

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

Impreso en:
Cosmos Print
Ed. Fernández 155, Avellaneda

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

SUMARIO

VERTEX
*Revista Argentina
de Psiquiatría*

Aparición
Bimestral

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

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

Ilustración de tapa

*Artista: Silvia Müller
Obra Sin título
50 cm. x 70 cm.
Acrílico sobre tela.
Año 2010
silmuller@hotmail.com*

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- **Adolescencia, adicciones y psicopatología. Entre los circuitos cerebrales de recompensa y la regulación del *self***
Alfredo Ortiz Frágola pág. 165
- **Aumento de la sensibilidad en la detección de trastornos bipolares combinando el MDQ y/o el BSDC con los criterios de espectro bipolar de Ghaemi-Goodwin**
Sergio Apfelbaum, Pilar Regalado, Laura Herman, Pablo Gagliesi pág. 173
- **Análisis comparativo sobre las características de las internaciones en una sala de Salud Mental en un hospital general de agudos**
Carolina Schiavo, Andrés Tate, Melina Penna, Luciana Stampella, Leandro Nicolás Grendas, Virginia Romarion Benitez, Luciano Rose, Rodrigo Videtta, Josefina Arnaldo, Pablo Richly pág. 183

DOSSIER

NOSOLOGÍAS Y NOSOGRAFÍAS PSIQUIÁTRICAS ARGENTINAS

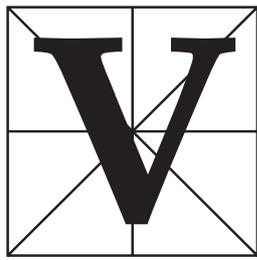
- **Nosologías y nosografías psiquiátricas argentinas**
Juan Carlos Stagnaro pág. 188
- **Nosologías y nosografías psiquiátricas argentinas**
Juan Carlos Stagnaro pág. 191

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- **Pinel en las Pampas: Primer diagnóstico psiquiátrico en la era independiente**
Norberto Aldo Conti pág. 236
- **Informe médico de Vicenta Álvarez**
Dr. Juan Antonio Fernández, Dr. Pedro Rojas, Dr. Matías Rivero pág. 237
- **Diagnóstico y tratamiento en clave pineleana**
pág. 237

LECTURAS Y SEÑALES

- **Stephen King, la vejez y el Alzheimer. El bazar de los malos sueños**
Daniel Matusevich pág. 239



EDITORIAL



Entre los días 26 y 29 de abril, tuvo lugar en la ciudad de Mar del Plata, el XXXII Congreso Argentino de Psiquiatría de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). El lema del evento fue: "Consumos problemáticos. Compromiso de la Psiquiatría y la Salud Mental con la Comunidad". Dos de las principales conferencias se centraron en el tema central del congreso y en las diversas y múltiples actividades -comunicaciones científicas, cursos, conferencias, mesas redondas, foros, simposios, talleres y posters- se presentaron varios cientos de trabajos al respecto lo cual da cuenta de la vigencia y el interés que despierta esta problemática entre los especialistas argentinos.

Una primera conclusión que se puede sacar de ese conjunto de contribuciones científicas es la amplitud de posiciones que pueden apreciarse en torno a este asunto por parte de los profesionales de la salud. Con buen tino, los organizadores se adelantaron a esta observación y realizaron una encuesta entre los participantes del evento para tener una idea más nítida sobre el particular. Esperamos con mucho interés el resultado de esa investigación.

En efecto, uno de los interrogantes planteado en forma explícita o implícita por muchas de las intervenciones que escuchamos en Mar del Plata fue cómo determinar la pertinencia y los límites del discurso de la psiquiatría en relación al consumo de sustancias. Las respuestas, a estar de las opiniones vertidas, mostraron un gran abanico de reflexiones en torno a ese espinoso problema.

Vale la pena, para abonar la polémica, releer el dossier sobre "Adicciones" que publicamos hace ya casi una década (Vertex, Volumen XIX, Nº 77), y particularmente la Introducción al mismo presentada por Alexis Mussa y Martín Nemirovsky que marcó la posición de nuestra revista al respecto.

Agudamente, los miembros de nuestra redacción decían en su texto preliminar: "El consumo excesivo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas es una situación que excede largamente el abordaje específico por parte de cualquier agente de salud" [...] "Las adicciones han desbordado la capacidad de comprensión y abordaje de las distintas disciplinas que de ellas se ocupan", y preguntaban: "¿Cuál es el rol de los psiquiatras? ¿Es el que debería ser?", y proponían comenzar por ubicar el problema en los siguientes términos: "La encrucijada epistemológica en la que se encuentra la psiquiatría, en parte producto de esa particular articulación de ciencias humanas y naturales, conduce a la dificultad para establecer los alcances del propio campo de pertenencia en una, ya de por sí, resbaladiza e inasible situación clínica".

El planteo, ilustrado en el dossier de 2008 por una serie de artículos que mantienen una gran actualidad, obliga a dilucidar la posición psicopatológica, terapéutica y ética de los psiquiatras enfrentados a una opción que hemos planteado en otra oportunidad y que está íntimamente ligada a los avatares de su identidad: debemos ser ¿agentes de cambio o guardianes sociales?

Una inquisitoria que no solamente nos incluye, sino que también interpela a psicólogos, trabajadores sociales, acompañantes terapéuticos y demás miembros de los equipos de salud mental confrontados a la atención de personas consumidoras de sustancias. ■

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

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

MÉTODO DE ARBITRAJE

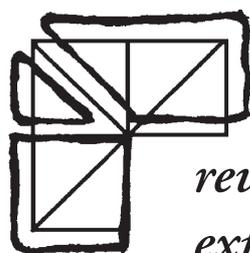
Los trabajos enviados a la revista son evaluados de manera independiente por un mínimo de dos árbitros, a los que por otro lado se les da a conocer el nombre del autor. Cuando ambos arbitrajes son coincidentes y documentan la calidad e interés del trabajo para la revista, el trabajo es aceptado. Cuando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

TEMAS DE LOS DOSSIERS DEL AÑO 2017

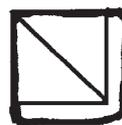
***Vertex 131 / Enero - Febrero
URGENCIAS EN PSIQUIATRÍA
INFANTO-JUVENIL***

***Vertex 132 / Marzo-Abril
EXPERIENCIAS CLÍNICAS***

***Vertex 133 / Mayo-Junio
NOSOLOGÍAS Y NOSOGRAFÍAS
PSIQUIÁTRICAS ARGENTINAS***



revista de
experiencias
clínicas y neurociencias



Adolescencia, adicciones y psicopatología. Entre los circuitos cerebrales de recompensa y la regulación del *self*

Alfredo Ortiz Frágola

Profesor Adjunto de Psiquiatría y Salud Mental, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina.

Director de la Maestría en Psicopatología, IUSAM – APdeBA

Ex Jefe del Departamento de Salud Mental, Hospital de Clínicas, Universidad de Buenos Aires.

E-mail: aortizfragola@gmail.com

Resumen

El autor aborda algunos aspectos de la psicopatología de las adicciones en la adolescencia a partir de la confluencia de los aportes del psicoanálisis y la neurobiología.

En el campo de la psicopatología de nuestro tiempo abundan los problemas derivados del uso de sustancias psicoactivas, en especial en los tratamientos de adolescentes. Problemas en el encuadre, situaciones críticas, violencia, marginación, requieren una visión libre de prejuicios que abarque desde las fantasías primitivas hasta las sutilezas del “cerebro adicto”. Se discuten diversos aspectos de la vulnerabilidad adolescente, como la regulación del humor y el desequilibrio narcisista, y se vinculan con los dos vértices motivacionales básicos de la adicción: la droga como elemento recreativo generador de placer y la droga como agente regulador de las alteraciones del self. La comprensión clínica se hace sólida a partir de la integración de los elementos que aportan las neurociencias junto a la comprensión psicodinámica del problema. Se describen los circuitos cerebrales de refuerzo y la acción de las drogas como neurotransmisores, sin perder de vista la mirada intersubjetiva. La lectura social completa nuestra necesidad de conocer y ser capaces de utilizar modelos complementarios y no excluyentes

Palabras clave: Adicciones – Adolescencia - Psiquiatría dinámica - Circuitos de refuerzo - Hipótesis de la automedicación - Regulación del self.

ADOLESCENCE, ADDICTIVE DISORDERS AND PSYCHOPATHOLOGY. BETWEEN THE BRAIN SYSTEMS OF REWARD AND THE SELF-REGULATION

Abstract

The author analyzes certain aspects of the psychopathology of addictions in adolescence, from a psychoanalytical and neurobiological point of view.

Within the field of present psychopathology we frequently find problems related with use and abuse of substances, particularly in adolescent therapy. Impulsivity, violence, marginalization, and primitive phantasies appear in the setting along with the functioning of the “addictive brain”.

Several aspects of vulnerability in adolescence, like depressive symptoms or narcissistic unbalance are connected with two basic principles in addiction: 1) drugs as a mean of obtaining pleasure, and 2) drugs as self regulators. The paper also describes the brain reward systems and the effect of drugs as neurotransmitters within the framework of intersubjectivity. A social approach completes the interdisciplinary work and enables us to use different explanatory models.

Keywords: Addictive disorders – Adolescence - Dynamic psychiatry - Brain reward system - Self medication hypothesis - Self regulation.

Introducción

“La biología es verdaderamente un reino de posibilidades ilimitadas; tenemos que esperar de ella los esclarecimientos más sorprendentes y no podemos columbrar las respuestas que decenios más tarde dará a los interrogantes que le planteamos.”
(Freud, S., 1920) (1).

“Psychoanalysts need neurobiology and neurobiologists need psychoanalysis” (Kandel, E., 1999) (2).

“Vacaciones terrenales, porque no estás, desaparecés... es tan rica que la odio”
(Pity Alvarez, 2012) [acerca de la pasta base] (3)

Hoy se calcula que por cada caso tratado de adicción a sustancias psicoactivas, hay 3 casos no tratados y 6 casos ni siquiera diagnosticados que padecen consumos problemáticos. Pero mucho más allá de esta circunstancia clínica, común a otras patologías, existe una enorme incidencia de consumo socialmente aceptado de sustancias que ejercen un efecto directo sobre el psiquismo a través de su acción en el SNC. Si agregamos aquellas conductas que toman carácter compulsivo y se tornan adictivas, como el juego patológico o ciertas formas de uso de tecnología, el tema crece en complejidad.

De modo que estamos ante:

1. Un engorroso problema médico y de salud pública.
2. Una patología social impregnada por la cultura.
3. Un sensible tema de agenda política.
4. Un laberinto jurídico intrincado.

Sumado a esto, los especialistas y efectores de estas distintas porciones del problema generan sus opiniones y sus acciones a partir de las propias posturas ideológicas, que a su vez suelen ir tomando el color del campo de acción en el que se desempeñan. Así el político o el sociólogo pueden hacer un “bypass” de los dolorosos datos que emergen de la clínica, el neurocientífico puede a veces pasar por alto lo que acontece en la vida familiar, el mundo interno del sujeto adicto o el imaginario social, y el psicoterapeuta insuficientemente informado minimiza los cambios en la estructura cerebral producto del consumo.

No es difícil pensar entonces que sólo la confluencia de las diversas disciplinas permite acercamientos realistas al problema.

En este trabajo, a partir de una visión desde la psiquiatría dinámica, vamos a ocuparnos de la adolescencia, poniendo el acento en las transformaciones neurobiológicas y los cambios psicodinámicos que se asocian a las conductas adictivas.

Las neurociencias en este caso nos permiten ver *lo que las drogas le hacen al cerebro*. Por otro lado, vamos

a buscar observar también *lo que las drogas le hacen a la persona, o, lo que las drogas hacen por la persona*, a través de la Hipótesis de la Automedicación (HAM) (4). En este contexto, la *vulnerabilidad* es uno de los aspectos centrales, y tanto los problemas en la regulación del estado del *self* como el desequilibrio propio de la adolescencia se hallan íntimamente relacionados con dicha vulnerabilidad.

¿Quiénes? ¿Cuánto? ¿Cómo?

Las sustancias psicoactivas se usan en la vida cotidiana. Quién las utiliza, con qué frecuencia, en qué condiciones y a qué edad son preguntas cuya respuesta es definitiva para saber si estamos ante un consumo problemático. Los márgenes los marcan la clínica y la cultura. Aquí la epidemiología es herramienta fundamental y es necesario apoyarse en datos que surjan de investigaciones metodológicamente correctas. Pero, a pesar de los enormes esfuerzos, los datos recogidos permiten hasta ahora sólo inferencias causales débiles. De modo que hay que ser cauto en las correlaciones que se establezcan. Es una limitación que tenemos que reconocer, de la mano de la aceptación de las modificaciones en las costumbres, los estereotipos, las regulaciones y también, en consecuencia, las nosografías. Sin embargo, ignorar los datos epidemiológicos restringe el valor científico de ciertas formulaciones, que se transforman en suposiciones. Aun así, hay datos valiosos que merecen ser considerados.

Los informes epidemiológicos en los EE.UU. muestran que en 2015 los trastornos por abuso de sustancias (no el simple consumo) afectaban a una cantidad de personas semejante a la de los que padecen diabetes, y 1,5 veces más que los afectados por cáncer (5). Seguramente nosotros no toleraríamos una situación en la que sólo 2 de cada 10 personas con cáncer o diabetes acceda a un tratamiento, y sin embargo sí lo aceptamos con los trastornos por abuso de sustancias. A esto debemos sumarle la inquietante evidencia del daño específico (especialmente en la corteza prefrontal) que acontece en el cerebro aún en desarrollo de los consumidores jóvenes.

Resulta claro que la adicción es un trastorno de todas las edades. No hay momento de la vida en el que el riesgo de adicción esté ausente. Por ejemplo, los analgésicos opiáceos tienen su edad crítica de comienzo en la quinta década de la vida. Pero si tomamos los datos globales, donde el alcohol, la marihuana, el tabaco (y un poco más tarde la cocaína, otros estimulantes y los sedantes) pesan estadísticamente, entonces la adolescencia es la edad de comienzo más frecuente. Por ende, la adolescencia es una fase de vulnerabilidad. Pero al mismo tiempo implica una oportunidad especial para producir cambios estructurales que permitan logros terapéuticos efectivos.

La aplicación de enfoques transdisciplinarios ha atenuado parte de las discusiones sobre etiología, para poner el acento en los factores de riesgo y los factores de protección, que deben constituirse en focos de atención para la implementación de políticas públicas.

¿Cuál es la causa de la vulnerabilidad adolescente?

La mejor manera de responder a esa pregunta es plantearnos: ¿Qué nos muestra la clínica?

La clínica nos muestra la crisis adolescente. Y la crisis adolescente implica un *desajuste de los sistemas regulatorios*.

Esto significa conmoción e inestabilidad en: 1) la identidad, 2) el cuerpo y las funciones vitales (sexualidad, sueño, alimentación), 3) el humor y 4) el control de los impulsos (en relación con la maduración progresiva pero aún insuficiente del área prefrontal).

Ahora bien, este desajuste de los sistemas regulatorios tiene, desde el punto de vista psicodinámico, una dimensión narcisista que explica muchos aspectos de la vulnerabilidad adolescente y se vincula a la semejanza que tienen la mayoría de las turbulencias adolescentes con los problemas de las personas que presentan trastornos narcisistas o incluso *borderline* (6, 7, 8). Volveremos sobre esto, que implica muchas veces una difícil delimitación entre normalidad y patología en esta fase del desarrollo.

La autoestima vacilante denota el desequilibrio narcisista. Se expresa en sentimientos de vergüenza, inadecuación o inferioridad. Un poco más allá, el tedio, la vivencia subjetiva de vacío, la angustia existencial, el sinsentido de la vida. Para compensarlos, surgen la búsqueda de emociones, estímulos, desafíos y riesgos, que implican un intento de consolidar y expandir el *self*. El incómodo desbalance narcisista también se relaciona con la desidealización parental, la idealización exogámica, la arrogancia y a veces la excitación ansiosa. Los sistemas mentales involucrados, entonces, afectan de manera directa lo que se ha dado en llamar la *regulación del self* (sí mismo) (9, 10).

Sin temor a equivocarnos, podríamos decir que la mayoría de los jóvenes que se convierten en adictos sufren porque tienen dificultad para regular sus emociones, su autoestima, sus relaciones interpersonales y sus conductas, especialmente las de autocuidado. Esta deficiencia en la regulación del *self*, que no se detecta con una mirada sólo superficial del sujeto, constituye un factor de riesgo de primer orden para el abuso de sustancias.

Ahora bien, en la adolescencia normal son comunes también tanto los afectos depresivos como la tendencia a la acción (11). Pero sucede que cuando estas dos características tienen persistencia, profundidad y continuidad, tenemos derecho a pensar que estamos ante una *crisis adolescente patológica*. Este es un estado psicopatológico descrito por algunos autores franceses como Marcelli y Bracconier, que no está incluido en las nosografías internacionales en boga, pero que tiene utilidad en la práctica clínica con jóvenes (12). La crisis adolescente patológica implica mayores dificultades para enfrentar ese momento del desarrollo, con menores recursos personales y familiares y eventualmente con una situación socioambiental adversa. La consecuencia ineludible es mayor displacer y estados disfóricos (13).

El problema se complica cuando ese sujeto prueba, como tantos otros, las sustancias psicoactivas que le provee la cultura en la que vive. Allí rápidamente percibe que estos estados disfóricos se alivian. La pasa bien. Podemos decir que ha hallado una solución química. Esta sería una de las principales razones por las que la crisis adolescente patológica es un factor de riesgo de primer orden para el consumo problemático.

Veamos en el siguiente cuadro la relación entre algunas manifestaciones de las crisis adolescentes patológicas y el alivio que las drogas les producen.

Figura 1. Manifestaciones de las crisis de adolescencia patológica y (con numeral) efecto compensador de las drogas de adicción.

Crisis de adolescencia patológica y efectos de las drogas

• Difusión de la identidad, despersonalización	# Expansión del self
• Inhibición social, timidez	# Desinhibición
• Síntomas depresivos	# Euforia
• Tedio, vivencias de vacío	# Estimulación
• Pasividad	# Impulsividad
• Aislamiento	# Inclusión grupal

Las sustancias psicoactivas, insistimos, pueden proveer un alivio transitorio a algunas de las manifestaciones propias de la adolescencia (normal o patológica), sea a través de la atenuación de estados afectivos displacenteros o merced al efecto desinhibitorio y la facilitación del contacto social. En el primer aspecto, al referirnos a las motivaciones para el consumo hablaremos del *FACTOR AUTOMEDICACIÓN*; en el segundo caso, del *FACTOR RECREATIVO* del uso de drogas.

El problema es también que, en la medida en que algunos jóvenes se habitúan a disfrutar de las drogas y a confiar en ellas para afrontar su vida, los procesos normales de integración y complejización del psiquismo se ven interferidos en una atrofia por falta de uso (como le puede pasar a un órgano o un músculo) que perturba sus posibilidades de crecimiento y desarrollo mental.

Arrimados al terreno de la clínica, es válido y útil que nos preguntemos: ¿Qué hace la droga por esta persona? Con esto estamos dando un buen paso hacia el contacto empático con el sujeto vulnerable.

La llamada *Hipótesis de la Automedicación (HAM)* (14,15) pone el énfasis en el *dolor psíquico* como el núcleo de la tendencia adictiva.

Plantea dos aspectos centrales: 1) Ciertas drogas se convierten en adictivas porque tienen un efecto poderoso para aliviar, eliminar o cambiar el sufrimiento humano, 2) Hay un grado considerable de especificidad en la elección personal de drogas.

La especificidad, en este contexto, implica que el individuo con predisposición a la adicción, al experimen-

tar con diversas sustancias, descubre su inclinación por alguna/s porque lo hacen sentir mucho mejor, le “caen bien”. Esto genera proclividad a repetir esa conducta. En forma paralela, en determinados individuos, algunos efectos de las drogas pueden sentirse como desagradables; una persona puede experimentar la acción desinhibitoria del alcohol o la marihuana como incómoda o peligrosa, al menos en dosis altas; otra, más ansiosa o temerosa, puede reaccionar con terror o pánico en respuesta a las propiedades estimulantes de la cocaína. Naturalmente esto genera una afinidad, una preferencia por determinadas sustancias que afecta a algunas personas y a otras no.

Cercana a la perspectiva descripta, que conecta el uso de drogas con la búsqueda de regulación del estado del *self*, que se encuentra afectado por razones evolutivas o psicopatológicas, Ulman y Paul (16) han definido lo que llamaron mecanismos adictivos gatillo (*addictive trigger mechanisms*). Estos se ponen en marcha cuando sustancias específicas o comportamientos (alcohol, drogas, alimentación, juego patológico) se usan de manera regular y compulsiva para despertar fantasías arcaicas y estados de éxtasis por su efecto antidepresivo y antiansioso. Este efecto se logra porque estos estados reproducen funciones cumplidas originariamente por los llamados *objetos del self*, propios del desarrollo intersubjetivo de la personalidad. A las funciones descriptas por Kohut en su Psicología del *Self* (espejamiento, idealización, gemelaridad), por las cuales estos objetos tempranos permiten el crecimiento y la consolidación del *sí mismo* (17), estos autores agregan en este caso lo que llaman *función de pacificación*, de aplacar la rabia narcisista y proveer una suerte de anestesia disociativa.

Pero a diferencia de lo que ocurre con los objetos del *self* propios del desarrollo humano (que cumplen esas funciones de soporte del *self* y a la par promueven su desarrollo, para que más adelante el *self* modificado pueda hacerse cargo por sí mismo de gran parte de esas funciones), en estos casos los mecanismos gatillo son vicarios, mimetizan esas funciones pero son incapaces de agregar estructura y transformar al *self*. Por el contrario, deforman el *self* y tienen un efecto esterilizante que cosifica a una persona transformando sus vínculos en un ritual y un hábito deshumanizado.

La pérdida del carácter de humano es central en esta visión de las adicciones. Está presente en el pasado de los vínculos del sujeto adicto y se torna esencial en el tratamiento cuando el paciente adicto experimenta transferencialmente al terapeuta como una suerte de esponja absorbente (no-humana, más bien un objeto transicional) que humedece y transforma los estados disfóricos de fragmentación o colapso del *self*, de alienación o de rabia narcisista. El terapeuta debería permitir ser usado transitoriamente como cosa inanimada pero necesaria, teniendo cuidado de no rechazar las funciones adscrip-

tas ni pretender gratificarlas con omnipotencia. Las personas que se ocupan de estos pacientes, en forma individual o institucional, conocen bien estos lazos intensos, arcaicos y tempestuosos que generan una exigencia especial.

Si bien estas alternativas se van haciendo visibles una vez que se va instalando el vínculo con el paciente, ya desde el inicio de la relación con el paciente adicto es necesario que los profesionales encargados del tratamiento puedan entonces detectar no tanto lo que la droga *le hace* al paciente, sino más bien lo que la droga hace *por él*. Cuando transcurría el primer año de tratamiento, Lucía, que inició una psicoterapia a partir de una internación por sobredosis de cocaína y alcohol, decía: “*La droga es el mejor compañero para alguien como yo... cuando yo tomaba cocaína me sentía más linda, abría más los ojos, tenía una mirada más linda. A mí la cocaína me sentaba bien, me iba con lo que me faltaba a mí para sentirme bien conmigo misma. Era mi peor momento y sin embargo en algo me sentía bien conmigo misma*”.

En la actualidad se pone un acertado acento en la importancia, en muchos casos, de la comorbilidad. Patología dual implica la asociación frecuente entre un trastorno psíquico y el abuso de sustancias. Pero, a propósito de la HAM, aquí la relación se refiere a la conexión con síntomas o manifestaciones emocionales, no simplemente a diagnósticos psiquiátricos. Muchos, o quizás la mayoría de las personas con problemas en la regulación de los afectos que usan drogas de manera compensatoria *no tienen necesariamente una enfermedad psiquiátrica* (aunque por supuesto hay muchos con trastornos de la personalidad, trastornos afectivos o trastornos de ansiedad). En otras palabras, la observación no debe apuntar solamente a los mecanismos conscientes, *la HAM no implica que la gente simplemente busque en forma consciente sustancias que los hagan sentir mejor*, en realidad es una búsqueda y hallazgo que se produce de manera sutil e inadvertida. De a poco, el sujeto se hace amigo y amante de la sustancia o conducta adictiva.

Resumiendo, una mirada profunda del sujeto proclive a la adicción va a vislumbrar tarde o temprano algún déficit significativo en 4 áreas nucleares del funcionamiento psicológico relacionadas con el terreno narcisista: 1) registro y regulación de las emociones, 2) mantenimiento de un sentido estable del *self*, 3) manejo de los vínculos interpersonales y 4) cuidado de la propia integridad, incluyendo la habilidad de anticipar las consecuencias de la propia conducta.

Ahora bien, hasta aquí nos hemos referido a la vulnerabilidad poniendo el acento en algunos aspectos psicodinámicos, aquellos que surgen en forma nítida en los jóvenes sanos y en la práctica clínica general con adolescentes adictos. Pero los progresos de la neurobiología en los últimos 20 años hacen visibles otros aspectos de la vulnerabilidad vinculados al funcionamiento del cerebro.

Neurobiología de las adicciones

“Es lógico que nos sorprenda el hecho de que tan a menudo nos viéramos precisados a aventurarnos más allá de las fronteras de la ciencia psicológica. Los fenómenos que nosotros elaborábamos no pertenecen sólo a la psicología, tienen también un lado orgánico-biológico”
(Freud, S.; 1938) (18)

Los avances en neurociencias están revolucionando la comprensión de los mecanismos involucrados en las adicciones. No se vislumbra razón para dejar de incorporar los nuevos datos a una teoría general que integre los aportes psicoanalíticos y las investigaciones neurobiológicas. Esto nos va a permitir no sólo tratar mejor al paciente adicto, sino también comprender más acabadamente muchas manifestaciones de jóvenes y de adultos que no necesariamente son abusadores de drogas pero que sí utilizan sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco, café, ansiolíticos, marihuana o analgésicos) en su vida cotidiana en forma recreativa o ante situaciones de estrés psicosocial.

La primera cuestión a considerar desde esta perspectiva es que las investigaciones neurobiológicas en adicciones han mostrado que *las drogas que generan dependencia parecen tomar el comando de zonas filogenéticamente antiguas del cerebro que se ocupan de la regulación de tendencias repetitivas como la alimentación, la sexualidad y la interacción social* (funciones que evocan, no por casualidad, los conceptos psicoanalíticos de pulsión o impulso instintivo). Estas áreas cerebrales comprenden al sistema límbico e incluyen la amígdala, el núcleo accumbens y el área tegmental ventral (19). Los circuitos vinculados a esta zona proveen sensaciones de placer, que también son activadas por las drogas de abuso. Además, el sistema límbico es responsable de nuestra percepción de las emociones, lo que explica la propiedad que tienen todas estas sustancias de alterar el humor. Más aún, evidencias adicionales sugieren que las zonas más “modernas” del cerebro, como la corteza frontal, parecen quedar “*off line*” tanto estructural como funcionalmente durante el proceso de adicción. Pero la corteza frontal, o cerebro anterior, que queda relegada en las adicciones, está relacionada con el pensamiento abstracto, con la capacidad de planear, de resolver problemas complejos y tomar decisiones. En otras palabras, podríamos decir que el cerebro se torna más primitivo en su modo de funcionar y pierde logros evolutivos alcanzados previamente.

Ahora bien, decimos que las drogas de adicción se apropian del comando de ciertos circuitos, pero ¿cómo sucede esto? Parece ser relativamente simple. Algunas drogas adictivas, como la marihuana o los opiáceos (morfina, heroína, analgésicos opiáceos) tienen una semejanza estructural con los neurotransmisores, enton-

ces “engañan” a las neuronas y generan mensajes falsos que producen una interrupción en la red.

Otras drogas, como la cocaína, el éxtasis o las anfetaminas clásicas, provocan una liberación de gran cantidad de neurotransmisores normales que inundan y también distorsionan los canales de comunicación, a la par que agotan las reservas naturales de esos transmisores (20, 21).

En última instancia todas las drogas de adicción producen liberación de dopamina en las zonas cerebrales mencionadas, generan placer y cierto grado de euforia. Sucede que todas activan los Circuitos Cerebrales de Recompensa (o refuerzo) (*Brain Systems of Reward*).

¿Qué implica esto? Cada vez que se activan estos circuitos, el cerebro advierte que algo importante está ocurriendo, que debe ser recordado y luego repetido. Son conductas necesarias para la supervivencia del individuo y la especie (alimentación, sexualidad). Y como las drogas de adicción activan estos circuitos, el consumo, que al principio era voluntario y ocasional, se transforma paulatinamente necesario y compulsivo. En inglés este “hambre” por consumir droga se denomina *craving*. Es una fuerza, una tendencia imperiosa a consumir la sustancia de adicción. Ni la complejidad del tema ni el propósito de este trabajo justifican el salto epistemológico que implica el intento de relacionar este término con el concepto de pulsión en psicoanálisis, pero es un terreno interesante para la especulación, que está comenzando a ser abordado por algunos autores (véase Khantzian, y numerosos artículos de Panksepp, Johnson, Clifford Yorke y otros en sucesivas publicaciones de la revista *Neuropsychanalysis*, desde el 2003 hasta la actualidad).

Los activadores naturales de los circuitos de refuerzo como la comida o el objeto sexual despiertan fuertes y apasionados apetitos. Sin embargo, en los cuadros de adicción, la droga los supera. Por eso se afectan vidas, salud física, relaciones de amor y familias. Y decimos que los supera porque cuando se consumen las drogas de adicción se libera de 2 a 10 veces más cantidad de dopamina que ante los refuerzos naturales (22), y esto produce un muy poderoso factor de motivación, es decir esa conducta tiende a ser repetida más allá del obstáculo que se interponga en el camino. A su vez en el cerebro del sujeto adicto, los reforzantes naturales como alimento o sexualidad pasan a ejercer un menor efecto. Esto tiene que ver con cambios celulares que se producen a raíz del proceso de “aprendizaje” que conlleva el consumo de drogas, la llamada neuroplasticidad. Pechnik et al. (23) han señalado que al comienzo en el uso inicial de cualquier sustancia participa una decisión voluntaria, pero con la administración repetida de la droga, esa elección se torna progresivamente menos voluntaria y más influenciada por la adaptación del cerebro a la presencia crónica de la sustancia.

¿Cómo y por qué se producen esos cambios? La transición del uso recreativo al consumo problemático y a la adicción está asociada con cambios en el funcionamiento neuronal que se acumulan con la administración repetida y que disminuyen paulatinamente con el tiempo luego de la discontinuación del uso. Esto lo ha vivido cualquier ex fumador.

De la misma manera que bajamos el volumen de una radio que suena demasiado fuerte, el cerebro reacciona ante la inundación de dopamina y otros neurotransmisores asociada a la ingesta repetida de droga, a través de disminuir la producción de dopamina o bien el número de receptores que reciben y envían señales. Este descenso del número y sensibilidad de los receptores que sigue a la administración repetida de la droga constituye la "*down regulation*". Como consecuencia, el impacto de la dopamina en los circuitos de refuerzo del adicto es anormalmente bajo y esto se relaciona con las manifestaciones de depresión, indiferencia y profundo desinterés que dominan su panorama emocional. En términos farmacológicos esto se denomina *tolerancia*: la misma cantidad de droga produce cada vez menos efecto y, en consecuencia, se tiende a aumentar la dosis progresivamente para lograr el efecto de antes.

La activación de los circuitos de refuerzo positivo, que llevan al sujeto a volver a consumir para obtener nuevamente placer, la disfunción hedónica de estos circuitos, ha sido llamada el "*lado luminoso de las drogas de adicción*" (23). Pero en estrecha relación con los anteriores vamos a hallar los llamados *circuitos de refuerzo negativo*: las drogas pueden también actuar como refuerzo al aliviar estados anímicos negativos previos, como dolor, angustia, depresión, aburrimiento o inhibición social, manifestaciones frecuentes y típicas en la juventud. Esta forma de refuerzo es también llamada *refuerzo negativo*. Aquí tendríamos el *factor automedicación*. La droga encaja, podríamos decir, en una deficiencia del sujeto y la alivia temporariamente.

Una forma especial de refuerzo negativo es el alivio de los síntomas de abstinencia, esas manifestaciones displacenteras que aparecen en el sujeto que interrumpe o disminuye el consumo de una sustancia de adicción. Sabemos que cuando la dependencia se establece, el alivio de estos síntomas puede convertirse en un potente refuerzo para continuar el consumo de drogas (21). Este ha sido llamado "*el lado oscuro de las drogas de abuso*". Hay que volver a consumirlas, ya no por placer, sino para aliviar el sufrimiento de no consumirlas.

Cualquier profesional que haya tratado pacientes adictos conoce el problema de la posibilidad de la recidiva. La vulnerabilidad a las recaídas, aún luego de largos años de abstinencia, implica la confluencia de cambios en el funcionamiento cerebral resultado de injuria química (uso repetido de la droga), disposición genética, desestabilización emocional y disparadores ambientales aprendidos (24).

Finalmente, dos áreas en las que las futuras investigaciones arrojarán datos significativos en los próximos años son el *sistema endocannabinoide* y los circuitos que actúan en la *modulación del estrés*.

Respecto al *sistema endocannabinoide*, aunque hasta aquí para simplificar hemos preferido no referirnos a ninguna droga en particular, conviene dedicar un párrafo a la marihuana, por ser la droga hasta ahora ilícita más consumida por los adolescentes en Argentina y en general en el mundo occidental, sujeta además a fuertes polémicas a propósito de su legalización. Es imprescindible permanecer actualizado en los desarrollos sobre este tema, presente en la clínica cotidiana. La presión social a favor del consumo no deja ver con claridad el potencial adictivo y la relación con las psicosis en algunos pacientes, así como el prejuicio médico hace difícil distinguir entre los pretextos que se publicitan para justificar y difundir su consumo, del potencial que tienen las investigaciones recientes sobre los cannabinoides como analgésicos, que podrían ocupar un lugar que facilite la disminución del uso de los fármacos para el tratamiento del dolor que son derivados opiáceos, hoy epidemia en Europa y el norte de nuestro continente (25).

Los agentes psicoactivos presentes en la marihuana son los cannabinoides. El más importante es el 5-tetrahidrocannabinol (5THC). Pues bien, ya en la década del '90 se identificaron receptores cannabinoides distribuidos en la corteza cerebral y núcleos de la base, que son entonces los lugares de acción de la marihuana. El descubrimiento de estos receptores estimuló la búsqueda de los transmisores endógenos con los cuales estos receptores interactúan en forma natural. Devane aisló en 1992 el primer canabinoide endógeno que es llamado anandamida. Así la secuencia opio - receptores opioides-opiáceos endógenos parece repetirse con la marihuana y las anandamidas.

Dicho de otro modo, la marihuana provee un agente externo, el THC, que actúa en los mismos lugares del cerebro donde actúan las anandamidas que son sustancias naturales del organismo.

Pero quizás lo más importante es la observación experimental de la capacidad reforzante. Aunque en este sentido la anandamida es menos potente que los opiáceos, comparte con éstos los lugares de acción en el cerebro y diversas propiedades farmacológicas, como la participación en los circuitos que regulan la percepción del dolor (26).

Otro dato curioso e interesante es que se ha hallado anandamida en el chocolate, un alimento para muchos difícil de resistir.

Uno de los desafíos que enfrentan actualmente los investigadores es dilucidar con precisión el rol fisiológico del llamado sistema endocannabinoide. Éste abarca receptores distribuidos tanto en el cerebro como en otras regiones del organismo y no sólo está involucrado en mecanismos de refuerzo, vías de dolor y analgesia, sino tam-

bién con procesos cognoscitivos y con el apetito y el metabolismo. Se sabe que hay relación con el llamado síndrome metabólico, obesidad y patología cardiovascular.

Respecto a la marihuana el tema sigue abierto, especialmente con el algo livianamente llamado uso médico del cannabis, diferente del uso recreativo. El Foro de las Sociedades de Pediatría del Cono Sur se pronunció en 2017 sobre este tema, señalando que el uso medicinal de derivados del cannabis aún se encuentra en proceso de investigación y debe ser regulado con el mismo rigor científico que cualquier otro producto farmacológico.

Una perspectiva interesante sobre las relación entre consumos problemáticos y procesos del desarrollo psicobiológico ha sido señalada por Castellanos-Ryan, O'Leary-Barrett y Conrod P., (27) al plantear que la búsqueda de riesgos y el consumo resultan el producto de la interacción de 2 subsistemas neurobiológicos: a) lo que llaman un subsistema socioemocional, localizado en sistema límbico y áreas paralímbicas, relacionado con el instinto exploratorio ("*sensation seeking*") y b) un sistema cognitivo de control impulsivo, relacionado con la corteza prefrontal y parietal. La idea es que cuando se produce un rápido desarrollo del subsistema socioemocional combinado con un demorado desarrollo del sistema de control cognitivo impulsivo, se constituye un importante factor de riesgo para el abuso de sustancias. Son precisamente los individuos con estas características los que comienzan más temprano a consumir y los que más riesgo tienen de convertirse en abusadores. Estos son los jóvenes que se adelantan en las conductas novedosas e influyen y ganan prestigio gracias a eso en su grupo de pares.

En cuanto al estrés, las drogas de abuso son también poderosos activadores de los neurocircuitos vinculados al estrés, entre ellos el eje hipotálamo-hipofiso-adrenal (HHA).

En una línea cercana a la cuestión del estrés, hechos clínicos y experimentales permiten correlacionar los corticosteroides con la vulnerabilidad al abuso de drogas y también al padecimiento de trastornos afectivos y cuadros de angustia (27).

Volviendo al tema de la vulnerabilidad nos queda por agregar que también se ha demostrado que los factores genéticos juegan también un papel de peso. Sólo a modo de ejemplo mencionaremos que las ratas Lewis, una cepa con conducta preferencial por drogas de abuso, presentan un perfil bioquímico en núcleo accumbens y área tegmental ventral similar al de otras ratas tratadas crónicamente con opiáceos, cocaína o alcohol (28). Parece que estos cambios bioquímicos, conductuales y estructurales, se producen como consecuencia de una alteración en la carga genética celular inducida por el consumo de drogas. De modo que el cerebro de las ratas con tendencia genética a la adicción se parece mucho al de las ratas no predisuestas, pero que consumie-

ron drogas durante cierto tiempo. El cerebro de éstas últimas se modificó y se convirtió en "cerebro adicto".

El campo de la investigación genética en humanos tiene mucho para aportar en este problema. Hasta el momento los estudios sugieren que los factores psicológicos y ambientales tienen un papel mayor en el inicio del uso de drogas, mientras que los factores genéticos y neurobiológicos tienen peso en aquellos sujetos que llegan a pasar del uso ocasional al abuso y la dependencia (29).

El modelo del refuerzo cerebral se complementa con la HAM. Podríamos decir que los datos empíricos de la psiquiatría basada en la evidencia nos informan sobre *los hechos de la adicción*, mientras que desde el modelo psicodinámico, los estudios de casos con un método narrativo nos brindan datos sobre la *experiencia de la adicción*.

Quedan para otras reflexiones dos terrenos que son parte fuertemente determinante de este campo inquietante: la familia y la cultura. Sabemos bien que la familia puede actuar como factor de riesgo, patógeno, tanto como factor de protección cuando su estructura provee contención y flexibilidad. Así también, en el camino de la rehabilitación es bien sabido que es muy difícil salir de las drogas cuando no se cuenta con algún soporte familiar.

Cultura y sociedad son el marco, generan las tendencias y brindan el caldo de cultivo. Del caos a la pobreza, de la trivialización del consumo y la inconsistente levedad hasta los intereses comerciales o la banalidad de los referentes sociales, las influencias son múltiples, aunque la magnitud de la preocupación difiere según la mirada del observador.

En la confluencia de estos caminos nos encontramos al sujeto adicto, alguien que queda desmembrado en un colapso de su subjetividad. El adicto es un paciente de nuestro tiempo.

La pregunta pendiente sería: ¿acaso han cambiado entonces los pacientes? ¿Debe en consecuencia cambiar la forma de abordarlos?

Quizás la clínica de nuestro tiempo no difiere en su esencia de la de otras épocas, pero está fuertemente teñida con los colores de la incertidumbre, la distancia emocional, la levedad y otros tonos que impregnan el nicho ecológico del hombre de hoy.

Nuestro difícil rol requiere un compromiso persistente y una mesurada y no ingenua confianza, que son recursos esenciales para construir un marco estable donde la opacidad deje lugar a la creatividad, y los miembros del equipo de salud podamos trabajar en la desafiante tarea de restituir a la persona adicta el pleno ejercicio de su libertad.

Conflictos de interés

El autor declara no tener conflictos de interés en relación al contenido de este artículo. ■

Referencias bibliográficas

- Freud S (1920) "Más allá del principio del placer", *Obras Completas*, vol. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kandel, ER (1999) "Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited". En: *American Journal of Psychiatry*, 156: pp. 505-524.
- Alvarez P. (2012) Entrevista a Pity Alvarez – D. Tognetti, Parte 1. You Tube.
- Khantzian EJ, Albanese MJ (2008) "Understanding Addiction as Self Medication". Plymouth, Inglaterra. Rowman & Littlefield Publishers, 2008.
- Murthy V (2016). Citado por Bernstein L en: "Landmark report by Surgeon General about drug crisis". En: *The Washington Post*, 22/12/2016.
- Etchegoyen RH (1991) "Introducción del narcisismo: texto y contexto". En: J. Sandler (comp.), *Estudios sobre Introducción al narcisismo de Sigmund Freud*. Madrid: Julián Yebenes.
- Ortiz Frágola, A. (2007) "Adolescent Drug Abuse". Workshop presentado en 160th Annual Meeting of the American Psychiatric Association. San Diego, EEUU.
- Ortiz Frágola A (2000) "Adolescencia y drogadicción". En: Musacchio de Zan A, Ortiz Frágola A: *Drogadicción*. Buenos Aires, Paidós; pp. 107-133.
- Ortiz Frágola A (1999) "Sobre una aplicación de la Psicología del Self al análisis de adolescentes". En G. Lancelle: *El Self en la teoría y la práctica*. Buenos Aires, Paidós, 1999.
- Ortiz Frágola A (2006) "Depression in adolescents and its vulnerability to addictive disorders". En: *Addictive Disorders*, Marzo 2006, Vol 5, 1.
- Fahrer R, Ortiz Frágola A (1990) "Depressive disorders in university students", En Stefanis CN et al.: *Psychiatry: A world perspective*. Amsterdam-New York-Oxford: Excerpta Medica, pp. 289-294.
- Marcelli D, Braconnier A (1986) *Psicopatología del Adolescente*. México, Masson.
- Kaminer Y, Tarter RE: (2004) "Adolescent substance abuse". En Galanter M, Kleber HD (eds.): *Textbook of Substance Abuse Treatment*. Washington, American Psychiatric Press.
- Khantzian EJ (1997) "The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications". En: *Harvard Rev Psychiatry*, 1997; 4: pp. 231-44.
- Khantzian, EJ (2003) "Understanding Addictive vulnerability". En: *Neuropsicoanálisis*, 2003, 5.
- Ulman RB, Paul H (1992) "Dissociative Anesthesia and the Transitional Self object Transference in the Intersubjective Treatment of the Addictive Personality". En: *Progress in Self Psychology*, A. Goldberg ed. London, The Analytic Press, 1992, 39.
- Kohut H (1992) *Análisis del Self. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos de la personalidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud S (1938) "Esquema del Psicoanálisis", *Obras Completas*, vol. XXIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bickel W, Potenza M (2006) "The Forest and the Trees. Addiction as a Complex Self-Organizing System". En: Miller W y Carroll K, *Rethinking Substance Abuse*. New York: The Guilford Press.
- Volkow N (2007) *The Science of Addiction. Drugs, brain and behavior*. NIH Pub No. 14-5605, 2007.
- Volkow N (2017) *Myths and Misperceptions of Opioids and Cannabis*. American Psychiatric Association, 2017.
- Palomo T, Ponce G (2002) "Adicción a drogas y dopamina". En García Rubio et al: *Trastornos Psiquiátricos y Abuso de Sustancias*. Madrid: Ed. Médica Panamericana: pp. 43-60.
- Pechnik R (2007) "Preclinical Development and Clinical Implementation of Treatments for Substance Use Disorders". En: *Focus*, V, 2, 2007.
- Koob GF (2006) "The Neurobiology of Addiction. A Hedonic Calvinist View". En Miller y Carroll, *Rethinking Substance Abuse*. New York: The Guilford Press, pp. 25-45.
- Kalivas PW, Volkow ND (2007) "The Neural Basis of Addiction: A Pathology of Motivation and Choice". *Focus*, 2007, V, 2: pp. 208-218.
- Martin BR (2004) "Neurobiology of Marijuana". En: Galanter M, Kleber, HD (eds.) *Textbook of Substance Abuse Treatment*, 3ra ed. Washington DC, American Psychiatric Press.
- Castellanos-Ryan N, O'Leary-Barrett M, Conrod P (2013) "Substance use in childhood and adolescence: A brief overview of developmental processes and their clinical implications". *J Canad Acad Child Adolesc Psychiatry*, Febrero de 2013.
- Álamo C, López-Muñoz F y Cuenca E (2002) "Bases Neurobiológicas del Trastorno Dual. Hipótesis Etiopatogénicas". En Rubio G et al: *Trastornos Psiquiátricos y Abuso de Sustancias*. Madrid: Ed. Médica Panamericana, pp. 107-131.
- Guitart X, Bogan JH, Berhow M, et al. (1993) "Lewis and Fisher rat strains display differences in biochemical, electrophysiological and behavioural parameters: studies in the n. accumbens and locus coeruleus of drug naïve and morphine treated animals". *Brain Res*, 611: pp. 7-17.
- Hasin D, Hatzenbueler M, Waxman R (2006) "Genetics of Substance Use Disorders". En: Miller W y Carroll K: *Rethinking Substance Abuse*. New York: The Guilford Press, pp. 61-79.

Aumento de la sensibilidad en la detección de trastornos bipolares combinando el MDQ y/o el BSDC con los criterios de espectro bipolar de Ghaemi-Goodwin

Sergio Apfelbaum

*Casa de Familia. Córdoba. Argentina
E-mail: sergioap8@gmail.com*

Pilar Regalado

Fundación Foro para la Salud Mental. Buenos Aires, Argentina

Laura Herman

Casa de Familia. Córdoba. Argentina

Pablo Gagliesi

Fundación Foro para la Salud Mental. Buenos Aires, Argentina

Resumen

Introducción: Muchos pacientes con trastorno bipolar (TB) pasan alrededor de 10 años sin un diagnóstico y tratamiento adecuado. Se ha señalado la identificación cruzada entre los TB y los trastornos de personalidad del grupo B (DSM IV-R). **Objetivo:** El estudio comparó la eficiencia de varios instrumentos de detección del TB en un grupo de pacientes (n = 63) con trastornos del ánimo o trastornos de la personalidad del grupo B. **Metodología:** Los diagnósticos fueron realizados con entrevistas estructuradas utilizando la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Mini5.0 DSM-IV (MINI) y la Entrevista para diagnóstico de trastornos del eje II DSM-IV (SCID II). Los pacientes completaron los cuestionarios *Mood Disorder Questionnaire* (MDQ) y *Bipolar Spectrum Diagnostic Scale* (BSDS) y fueron evaluados con el Índice de Bipolaridad (BI) y los Criterios de Espectro Bipolar de Ghaemi-Goodwin (CEB). Se calculó la sensibilidad, especificidad, Valor Predictivo Positivo y Valor Predictivo Negativo. **Resultados:** El BI mostró el mejor desempeño global para identificar el TB (88% de especificidad y 0,90 de sensibilidad). El MDQ obtuvo la mayor especificidad y el MDQ-6 (MDQ con 6 ítems y sin el criterio de alteración funcional) la mayor sensibilidad. El uso conjunto del MDQ con los CEB aumentó ostensiblemente la sensibilidad de los instrumentos, manteniendo buenos valores predictivos. **Conclusiones:** La evaluación conjunta de síntomas de manía / hipomanía con características evolutivas típicas del TB incrementó la probabilidad de detección del TB.

Palabras clave: Bipolaridad - Trastornos afectivos - Diagnóstico de la bipolaridad - Instrumentos para bipolaridad - Trastornos de la personalidad del grupo B.

INCREASED SENSITIVITY IN BIPOLAR DISORDER DETECTION WITH THE MDQ AND BSDC USING GHAEMI-GOODWIN'S CRITERIA FOR THE BIPOLAR SPECTRUM

Abstract *Introduction:* Many patients with bipolar disorder (BD) spend around 10 years without a diagnosis and appropriate treatment. The difficulty in distinguishing bipolar from unipolar depression, the prevalence of depressive symptoms along the course of BD and patients' bias in recalling their hypomanic symptoms are some of the factors that contribute to this problem. *Objective:* This study compares the efficiency of several screening instruments for BD detection in a group of patients (n=63) with mood disorders, or cluster B personality disorders. *Method:* The diagnoses were made with structured interviews: Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) and Structured Clinical Diagnostic Interview for axis II (SCID-II). The patients completed the Mood Disorder Questionnaire (MDQ) and Bipolar Spectrum Disorder Scale (BSDS) and were assessed with the Bipolar Index-BI and Ghaemi-Goodwin Bipolar Spectrum Criteria. Sensitivity, specificity, Positive Predictive Value (PPV) and Negative Predictive Value (NPV) were estimated for each instrument, along with Chi2 and T-tests. Statistical analyses were conducted using the SPSS-v16. *Results:* The BI had the best global performance with 88% specificity and 0.90 of sensitivity. The MDQ-H had the highest specificity and the MDQ-6 the highest sensitivity. However, when combining the MDQ with Ghaemi's criteria, an ostensible augment was obtained in sensitivity while maintaining good predictive values. *Conclusions:* The joint assessment of mania symptoms and typical evolving course symptoms in BD increased the probability of BD detection in this clinical sample.

Keywords: Bipolarity - Mood disorders - Bipolar disorder diagnosis - Bipolar screening - Cluster B personality disorder.

Introducción

El diagnóstico temprano del trastorno bipolar (TB) tiene importantes implicancias pronósticas, evolutivas y terapéuticas (1). Los pacientes bipolares (TB y espectro bipolar) tienen un comienzo de la enfermedad más temprano, mayor frecuencia de episodios afectivos, mayor riesgo de suicidio y presentan con mayor frecuencia comorbilidad, tanto psiquiátrica como con otras enfermedades físicas, (2) que los pacientes con depresión mayor. Por otro lado, el error diagnóstico más frecuente es precisamente con el trastorno depresivo mayor (TD)(3,4).

El sub-diagnóstico, y el retraso en la detección de los trastornos bipolares han sido reportados en diversos contextos. Una proporción importante de pacientes con TB pasan, desde el inicio de su enfermedad, alrededor de una década sin un diagnóstico y tratamiento adecuado. Considerando el retraso diagnóstico como la medida de tiempo entre la primera visita al profesional de salud mental y el diagnóstico correcto, se han reportado cifras de 6 años para el trastorno bipolar tipo I (TB I), 3,3 años para el trastorno depresivo mayor y casi 12 años en el caso de trastorno bipolar tipo II (TB II) (3,4,5). En Argentina, en un estudio en una población clínica, el tiempo promedio de retraso diagnóstico fue de 8 años (4). Algunas características que contribuyen a este retraso incluyen; la dificultad en diferenciar las depresiones bipolares (que posteriormente evolucionaran con la aparición de manías/hipomanías) de las unipolares (6), la preponderancia de síntomas depresivos (sindrómicos y sub-sindrómicos) a lo largo del curso del TB (7,8), la dificultad del profesional y el sesgo del paciente al momento de recabar síntomas de la serie hipomaniaca en el caso del TB II (9), siendo la evaluación de la hipomanía mayormente retrospectiva en pacientes que consultan por un episodio depresivo.

El diagnóstico de los trastornos de personalidad del grupo B, especialmente del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), ha sido referido como un factor contribuyente al sub-diagnóstico del TB en pacientes con TB

II que presentan alta recurrencia de episodios afectivos y ausencia de remisión sintomática en los períodos inter-episódicos (12).

Por otro lado, algunos autores hacen referencia a un sobre-diagnóstico de los trastornos del espectro bipolar en pacientes con trastornos de la personalidad (especialmente TLP) (13). Se ha reportado que dentro de un grupo de pacientes que habían sido erróneamente diagnosticados como TB, el diagnóstico de TLP fue significativamente más probable en comparación con el grupo de pacientes que no habían sido diagnosticados como TB, de acuerdo con los criterios del DSM IV-TR.

La introducción de la noción de "espectro" en lo referente a los trastornos del estado de ánimo, en especial el concepto de espectro bipolar, ha cobrado relevancia en los últimos años (10). La conceptualización del trastorno bipolar como un espectro ha producido un aumento en la prevalencia del TB en los estudios epidemiológicos, aumentando el número de casos identificados como bipolares de acuerdo a los criterios diagnósticos utilizados (11).

Otra consecuencia del concepto de espectro bipolar es; que un criterio más amplio de definición del trastorno otorga una mayor sensibilidad para la detección y una menor especificidad, lo cual puede provocar mayor superposición y/o confusión diagnóstica con otros constructos diagnósticos.

Una de las formas de conceptualizar el espectro bipolar, delineando subtipos con distintas características sintomáticas o evolutivas, incluyó formas sub-sindrómicas de fluctuaciones del ánimo y/o depresiones con antecedente familiares de TB. De ese modo, Akiskal introdujo el diagnóstico de TLP dentro de su clasificación de espectro bipolar (tipos I, II, III, IV y V) (16) re-definido como TB II con ciclado rápido y/o episodios mixtos en individuos con temperamento ciclotímico (12,15), y lo llamó trastorno bipolar II ½.

La pertenencia del TLP al espectro de los trastornos bipolares o su definición como un trastorno de personalidad independiente de los trastornos afectivos es tema de controversia actualmente.

Si bien la clasificación multiaxial del DSM IV permite el diagnóstico de TB y TLP conjunta e independientemente (17), la validez del constructo de los trastornos de personalidad ha sido cuestionada como independiente de los trastornos del eje I. Actualmente, algunos autores tienden a considerar eso dos ejes como características de estado y rasgo de un mismo fenómeno psicopatológico (18,19). En el DSM 5 (20) se ha mantenido la clasificación de los trastornos de personalidad, si bien se eliminó la distinción entre eje I y eje II del DSM IV. El mantenimiento del constructo diagnóstico del TLP (o de los trastornos de personalidad del grupo B) tiene relevancia clínica, más allá de su inclusión (o no inclusión) dentro del espectro bipolar, debido a la existencia de tratamientos psicoterapéuticos eficaces para el TLP y por presentar, aparentemente, una evolución diferente respecto del TB II (21,22). Además, en una revisión reciente (23) se ha señalado la diferenciación de ambos trastornos en base a los criterios de validación externa, de los conjuntos sintomáticos que representan a esos trastornos mentales.

En cuanto a la detección del TB, Zimmerman y col. (24) informaron que la evaluación con el instrumento más utilizado para detectar trastornos bipolares, el *Mood Disorder Questionnaire* (MDQ) (25), indica la presencia de TB tanto como de TLP; es decir, la evaluación da positivo para ambos. El problema que supone diferenciar el TLP del TB se manifiesta inclusive en los instrumentos de detección.

La frecuente comorbilidad entre el TB y el TLP (26) probablemente contribuya a la confusión diagnóstica en muchos casos, al no identificar a uno u otro de los síndromes que producen una presentación de mayor gravedad al coexistir (27), y posiblemente expliquen parte de la heterogeneidad de evolución y respuesta terapéutica del TB.

Para la identificación del TB, en los últimos años, se han desarrollado y validado varios instrumentos de detección y evaluación del TB y del espectro de los trastornos del ánimo. Algunos de ellos, que utilizamos en este estudio, son los siguientes:

El *Mood Disorder Questionnaire* (MDQ) es un cuestionario auto-administrado que consiste en un listado de 13 criterios de manía/hipomanía según el DSM IV, en el cuál el paciente debe responder "sí" o "no" a cada ítem en virtud de haber experimentado alguna vez esos síntomas, y si esos síntomas ocurrieron en un mismo período de tiempo. El cuestionario evalúa, también, el nivel de disfunción social/ocupacional en una escala de 4 puntos. El punto de corte originalmente se estableció en 7 ítems (síntomas de manía /hipomanía) que ocurrieron en un mismo período de tiempo y que produjeron al menos un deterioro funcional moderado.

El MDQ ha demostrado ser de utilidad en la detección del TB en muestras clínicas (sensibilidad 0,73 y especificidad 0,90) (25), en muestras obtenidas de la población general (sensibilidad 0,28 y especificidad 0,97) (28) y en muestras de pacientes en asistencia primaria (sensibilidad 0,60 y especificidad 0,93) (29). En la literatura se reportan cifras que indican mayor sensibilidad

de este cuestionario para la detección de individuos con trastorno TB I en comparación con individuos con TB II (0,70 versus 0,30, respectivamente) (30). Recientemente, se ha realizado un estudio de validación del cuestionario en la Argentina utilizando una definición amplia de TB, en la que se incluían pacientes con al menos 2 días de hipomanía y sin el requisito de alteración funcional (31).

El *Bipolar Spectrum Diagnostic Scale* (BSDS o Escala de diagnóstico del espectro bipolar) es una escala basada en una narración de una página de extensión, que describe cambios del ánimo experimentados típicamente en el TB. En el cuestionario se solicita al paciente que marque cada oración que concuerde con su experiencia.

La escala de espectro fue desarrollada para detectar características que incluyen a los TB II y TB No Especificado en Otros Apartados (Sensibilidad 0,79 para BD II/NEOA) (32). Algunos autores reportaron mayor sensibilidad del BSDS con respecto al MDQ para detectar TB II (9) y por lo tanto podría ser de mayor utilidad en la detección de un espectro más amplio del TB. Evalúa los cambios anímicos, pero no tiene en cuenta otras características evolutivas, ni hereditarias, propias del TB. La versión en español del BSDS validada en Argentina, presentó una sensibilidad de 0,70 y una especificidad de 0,89 (33). El BSDS tiene una serie de rangos de puntajes que indican un espectro de características bipolares y una probabilidad incrementada de identificación del TB según el rango obtenido, pero se lo utiliza más frecuentemente con un punto de corte de 16 puntos para la detección del trastorno.

Los *Criterios de "Espectro Bipolar"* (CEB de Ghaemi-Goodwin) (34): son una serie de criterios operativos que representan características de las depresiones recurrentes que son más probables de relacionarse con una evolución bipolar. Los criterios de espectro bipolar no son en realidad un instrumento de *screening* o diagnóstico de trastorno bipolar DSM-IV, sino que arrojan una probabilidad de evolución y respuesta al tratamiento de tipo bipolar en pacientes con depresiones recurrente. Toma características sintomáticas, evolutivas, hereditarias y de respuesta a los antidepresivos, en vez de definir el cuadro por la presencia de manía o hipomanía espontánea.

El *Bipolarity Index* (BI de Sachs, G., o Índice de Bipolaridad) (35). Es un listado de rasgos propias y asociadas al TB que evalúa una combinación de características de evolución, edad de comienzo, herencia, respuesta al tratamiento y característica sintomáticas/tipos de los episodios anímicos. El rango de puntaje es de 0 a 100. No hay, hasta el momento, estudios de validación que conozcamos del BI. En nuestra muestra clínica, establecimos un punto de corte *ad hoc* de "50" (mediante una curva de COR y el cálculo del área bajo la curva, y con el gráfico de sensibilidad y especificidad. Ver en sección de resultados). Cabe mencionar que el BI no es una prueba de detección (*screening*). Requiere un conocimiento detallado de las características de los episodios y de los antecedentes. Es más un instrumento complementario para el diagnóstico en pacientes con trastornos del estado del ánimo.

El presente estudio tiene por objetivos evaluar y comparar la sensibilidad, especificidad y valores predictivos de instrumentos actualmente utilizados en la detección de TB (MDQ, BSDS) y en la evaluación de pacientes con trastorno del ánimo (BI, CEB de Ghaemi). Se comparó la eficiencia de los instrumentos antes mencionados para detectar los TB en una muestra de pacientes en tratamiento ambulatorio con desórdenes del ánimo e inestabilidad afectiva (pacientes con trastornos del estado del ánimo y con trastornos de personalidad del grupo B). Específicamente, evaluamos el poder de discriminación de esos instrumentos para detectar los TB y diferenciarlos de los TP-B, en una muestra clínica de pacientes, donde el diagnóstico diferencial cobra mayor relevancia.

Método

Población

La muestra del estudio fue compuesta por pacientes con trastornos del ánimo y/o trastornos de la personalidad del grupo B, según criterios diagnósticos del DSM-IV, que eran asistidos en forma ambulatoria en un centro de atención privada en la provincia de Córdoba y uno en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ambos centros están especializados en trastornos de la personalidad y trastornos del ánimo. La muestra se recolectó durante el período de tiempo entre marzo de 2010 y mayo de 2013. Los criterios de inclusión fueron los siguientes. a) Pacientes entre 18 a 65 años de edad que puedan comprender los objetivos y procedimientos del estudio; y que den su consentimiento informado por escrito. b) Pacientes que cumplan criterios diagnósticos para episodios depresivos, hipomaniacos, maníacos o mixtos actuales o pasados según DSM-IV-TR, incluyendo TB NEOA y pacientes que cumplan criterios diagnósticos para trastorno de personalidad del grupo B según criterios de DSM-IV-TR. c) En el caso de existir comorbilidad con trastorno por abuso o dependencia de alcohol u otras sustancias, el paciente debía encontrarse en remisión total (al menos temprana) y en abstinencia por un lapso mínimo de un mes antes del ingresar al estudio.

Quedaron excluidos: a) los pacientes con un trastorno psicótico en el eje I (Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos del DSM IV-TR), b) los pacientes que tuvieran un trastorno mental de causa orgánica (trastorno mental debido a causas médicas DSM-IV-TR; p.ej.: epilepsia, demencia, accidente cerebrovascular, enfermedades autoinmunes), y c) los pacientes con alteraciones cognitivas de intensidad tal que impidan la evaluación clínica o la obtención del consentimiento informado con adecuada comprensión de los procedimientos y objetivos del estudio.

Procedimiento

Los pacientes que ingresaron al estudio completaron los cuestionarios MDQ y BSDS al momento de su inclusión. Los terapeutas de los pacientes completaron el Índice de Bipolaridad (Bipolar Index; BI) y los Criterios de Espectro Bipolar de Ghaemi-Goodwin (CEB Ghaemi). Un grupo de psiquiatras y psicólogos entrenados para el estudio, que estaban ciegos respecto a los resultados de los cuestionarios anteriormente descritos (incluyendo los instrumentos de *screening*), evaluaron los diagnósticos de los pacientes con las entrevistas semiestructuradas MINI (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional 5.0 DSM-IV) (36) y SCID II (Entrevista para diagnóstico del trastorno del eje II DSM-IV) (37) para el diagnóstico de trastornos del eje I y del eje II respectivamente. Para incluir un espectro más amplio del TB, el diagnóstico de trastorno bipolar (TB NEOA) con el MINI fue realizado en los pacientes que reunían criterios sindrómicos de manía o hipomanía aunque el tiempo de duración fuera menor a 4 días (TB NEOA con hipomanía sub-umbral). También se incluyeron los pacientes que tuvieron episodios maníacos/hipomaniacos durante el curso de un tratamiento antidepresivo, ya que esa condición fue asociada a las características de los especificadores bipolares en el estudio BRIGE (sobre características de síndromes bipolares sub-umbral) (38). De éste modo, se incluyeron cuadros correspondientes a la noción de espectro bipolar que permitirían reconocer casos no identificados por los criterios restrictivos del DSM IV.

Análisis estadístico

Se compararon los grupos en cuanto a sus características demográficas utilizando pruebas no paramétricas para controlar la normalidad en la distribución de la muestra. Con la prueba de *Kruskall Wallis* fue posible detectar diferencias entre grupos diagnósticos en las características demográficas. Se aplicaron análisis *post hoc* con la prueba de Mann-Whitney para identificar específicamente entre cuáles grupos recayeron las diferencias. La significación estadística se estableció en $p < 0,05$.

Se calculó la sensibilidad (proporción de verdaderos positivos entre las personas que presentan el trastorno), especificidad (proporción de verdaderos negativos entre los individuos que no presentan el trastorno), valor predictivo positivo (VPP, proporción de verdaderos positivos entre los pacientes que puntuaron positivo en el test), valor predictivo negativo (VPN, proporción de verdaderos negativos entre todos los que puntuaron negativo en el test)*, tasas de verosimilitud (likelihood ratio, que relaciona la sensibilidad de la prueba con la especificidad arrojando el incremento de probabilidad de identificación de casos con la utilización de la prueba) y *Odd*

* Los valores de sensibilidad y especificidad se refieren a las propiedades de las pruebas diagnósticas y le otorgan validez. Mientras que los valores predictivos tienen la utilidad clínica de indicarnos la probabilidad de que el individuo tenga o no efectivamente el trastorno, con un resultado positivo o negativo respectivamente. Los valores predictivos varían de acuerdo a la prevalencia del trastorno en la muestra estudiada.

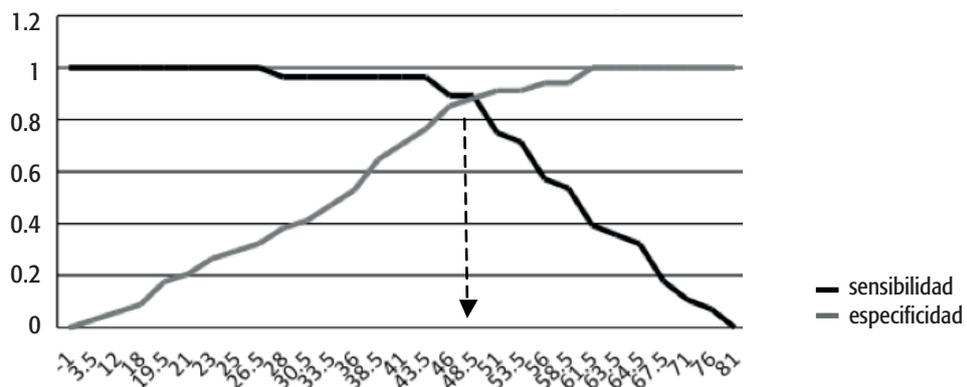
ratios para cada uno de los instrumentos de detección (*screening*) y de evaluación. El MDQ fue evaluado con su punto de corte original (7 puntos positivos de síntomas de la serie maníaca que ocurrieron en un mismo período de tiempo y deterioro funcional moderado o mayor MDQ-H) y con un punto de corte menor; de 6 puntos y sin el requisito de deterioro funcional (MDQ-6). Este último criterio fue utilizado en algunos estudios previos, y mostró una mayor sensibilidad de detección con mí-

nimos cambios en los valores predictivos positivos (39).

Se compararon los instrumentos a través de los valores antes mencionados y con las “curvas operador-receptor” (COR) correspondientes. Así mismo, se calculó el punto de corte del BI con una curva de COR y el cálculo del área bajo la curva, y se graficó a través del punto de cruce de las curvas de sensibilidad y de especificidad en un gráfico cartesiano (Ver gráfica 1). El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico: SPSS versión 16.0.

Gráfica 1. Curva Operador-Receptor (COR) del Índice de Bipolaridad.

Punto de corte del índice de Bipolaridad



Resultados

Se reclutaron al momento del presente informe 63

pacientes (12 pacientes con TB, 15 con TP-B, 19 con TD y 17 con comorbilidad entre TB y TP-B). Los datos demográficos se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Comparación de características demográficas (N = 63).

Grupos (N)	TB (12)	TD (19)	TP-B (15)	TB+TP-B (17)	(Chi2) Sig. Asintot.*
Edad promedio +- (DS)	36 (12,7)	40,7 (14,1)	29,1 (9,2)	31,9 (11,6)	(8,00) gl 3 0,046
Sexo F/M (%)	58,3 / 41,75	68,4 / 31,66	80 / 20	70,6 / 20,45	(1,49) gl 3 0,69
Años de estudio promedio +- (DS)	15 (3,4)	14,8 (3,6)	15,2 (2,4)	13,9 (2,6)	(1,42) gl 3 0,70
Estado civil (%)					
Soltera/o	58,3	42,1	73,3	70,6	
Casada/o - en pareja	41,7	42,1	26,7	33,3	
Divorciada/o - separada/o	0	0	0	0	
Viuda/o	0	15,8	0	6,3	
Trabajo (%)					
Tiempo completo	50	57,9	26,7	35,3	
Medio tiempo	16,7	5,3	20	17,6	
Trabaja y estudia	0	5,3	6,7	5,9	
Estudia	8,3	0	20	5,9	
Desocupada/o	25	31,6	26,7	35,3	

DS: desviación estándar. **Chi2:** valor del estadístico de chi cuadrado. **gl:** grados de libertad.

*Significación estadística (prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis para comparación de múltiples grupos) p <=0,05.

En la comparación de las variables demográficas no se encontraron diferencias significativas entre grupos en cuanto a sexo ($\chi^2 = 1,488$; $p = 0,69$) ni nivel de educación ($\chi^2 = 1,418$; $p = 0,70$). La edad mostró ser significativamente menor en los pacientes con TP-B ($z = -2,552$;

$p = 0,010$) y comorbilidad TB+TP-B ($z = -1,936$; $p = 0,041$) en comparación a los diagnosticados con trastorno depresivo mayor (prueba *post hoc* de Mann-Whitney). El desempeño de los instrumentos de detección y evaluación utilizados se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. Cuadro comparativo de instrumentos de detección y evaluación (N = 63).

Instrumentos	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN	TV+	TV-	Odd ratio
MDQ	0,66	0,85	0,79	0,74	4,4	0,40	11,2
MDQ - 6	0,86	0,74	0,74	0,86	3,3	0,19	17,4
BSDS	0,71	0,79	0,74	0,77	3,4	0,37	9,6
CEB Ghaemi	0,41	0,79	0,63	0,61	1,2	0,75	2,7
Bipolar Index -BI (Índice de Bipolar)	0,90	0,88	0,87	0,91	7,5	0,11	65

MDQ: versión original validada del *Mood Disorder Questionnaire de Hirschfeld*, **MDQ-6:** punto de corte de 6 puntos, sin requerimiento de discapacidad funcional. **VPP:** valor predictivo positivo. **VPN:** valor predictivo negativo. **TV+:** tasa de verosimilitud positiva ("positive likelihood ratio"). **TV-:** tasa de verosimilitud negativa ("negative likelihood ratio").

Tal y como puede observarse en el análisis de las variables, el mejor desempeño de todos los instrumentos estudiados lo obtuvo el BI, tomando un punto de corte de 50 criterio de tiempo y por la exclusión de manías/hipomanías inducidas, incluyendo TB NEOA) con un nivel de especificidad y VPP de casi el 88% y con una gran sensibilidad (0,90), y arrojando un *odd ratio* de 65. No obstante, en términos de detección del TB, el MDQ-H mostró la mayor especificidad y el MDQ-6 la mayor sensibilidad, luego del BI. Finalmente, el BSDS se mostró bastante equilibrado en cuanto a sensibilidad y especificidad en la detección del espectro bipolar en general, mostrando un desempeño moderado.

Por otro lado, se observó que la mayoría de los pacientes del grupo diagnosticado con TB tuvo características listadas en los CEB de Ghaemi, brindando a la pre-

sencia de esos criterios una buena especificidad.

La especificidad encontrada con el CEB (de Ghaemi-Goodwin) y el rendimiento observado en el BI, que evalúa muchas características evolutivas, familiares y de respuesta al tratamiento, nos llevó a evaluar la combinación de los instrumentos de detección con los criterios de espectro bipolar.

Al combinar el MDQ con los criterios de espectro bipolar de Ghaemi-Goodwin (identificación de casos por el resultado positivo de alguno de los dos instrumentos), se encontró un aumento ostensible de la sensibilidad manteniendo valores predictivos moderados. Igualmente, al combinar el BSRS con los criterios de espectro bipolar (de Ghaemi-Goodwin), hubo un incremento de la sensibilidad de detección. Los detalles de los resultados figuran en la tabla 3.

Tabla 3. Cuadro de resultados de la combinación de los Criterios de Ghaemi con los instrumentos de *screening* (N = 63).

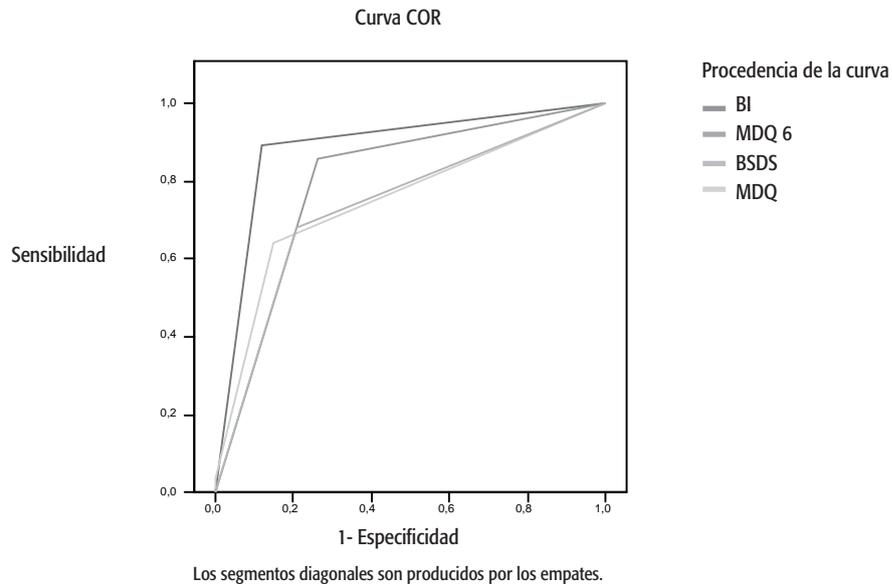
Instrumentos	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN	TV+	TV-	Odd ratio
MDQ + Ghaemi	0,79	0,68	0,68	0,79	2,5	0,31	8
MDQ-6 + Ghaemi	0,93	0,59	0,66	0,91	2,3	0,12	19,3
BSRS + Ghaemi	0,79	0,62	0,64	0,62	2,1	0,34	6,2

MDQ + Ghaemi: Cuestionario de Trastornos del Ánimo (MDQ) y/o Criterios del Espectro Bipolar de Ghaemi. **MDQ 6 + Ghaemi:** punto de corte de 6 puntos sin requerimiento de discapacidad funcional, y/o Criterios del Espectro Bipolar de Ghaemi. **BSRS + Ghaemi:** El *Bipolar Spectrum Rating Scale* y/o los Criterios del Espectro Bipolar de Ghaemi. **VPP:** valor predictivo positivo. **VPN:** valor predictivo negativo. **TV+:** tasa de verosimilitud positiva ("positive likelihood ratio"). **TV-:** tasa de verosimilitud negativa ("negative likelihood ratio").

En las gráficas comparativas de las curvas de operador-receptor (COR; gráficas 2 y 3), de cada uno de los instrumentos descritos anteriormente, se observa que el BI presenta el mejor desempeño generando la curva más a la izquierda (mientras más a la izquierda indica una mayor especificidad, ya que en las ordenadas se represen-

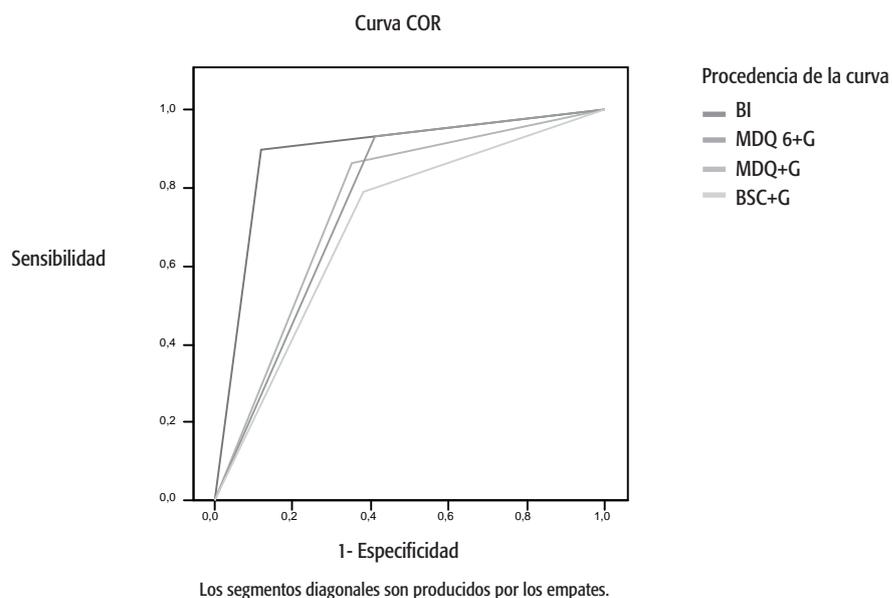
tan: 1 - especificidad) y más alta (que indica una mayor sensibilidad, representada en la abscisa). La curva que sigue inmediatamente a la anterior en altura (mayor sensibilidad) es la generada con la MDQ 6 + CEB de Ghaemi-Goodwin, si bien hay una caída en la especificidad (graficado por un corrimiento de la curva hacia la derecha).

Gráfica 2. Curva Operador-Receptor (COR) de los instrumentos de detección y del BI.



BI: Bipolar Index con punto de corte de 50. **MDQ:** *Mood disorder questionnaire* original (Hirschfeld). **MDQ 6:** punto de corte de 6 puntos y sin el requerimiento de alteración funcional. **BSDS:** Escala del trastorno del espectro bipolar.

Gráfica 3. Curvas Operador-Receptor (COR) de la combinación de instrumentos de detección y los criterios de Ghaemi en comparación con el BI.



BI: Bipolar Index con punto de corte de 50. **MDQ+G:** MDQ + CBS de Ghaemi. **MDQ 6+G:** punto de corte de corte 6 puntos y sin el requerimiento de alteración funcional del MDQ + CBS de Ghaemi. **BSDS+G:** Escala del trastorno del espectro bipolar + CBS de Ghaemi.

Discusión y conclusiones

Los instrumentos diseñados para la detección del trastorno bipolar (TB), que evaluamos en este estudio (MDQ y BSDS), mostraron una sensibilidad y especificidad aceptables en una población clínica de pacientes con trastornos del ánimo y/o trastornos de la personalidad del grupo B. Dado que utilizamos un criterio amplio de espectro bipolar, la detección fue buena a pesar de posibles identificaciones cruzadas con TP-B, como se ha señalado previamente en la literatura (11). Los valores predictivos positivos y negativos de esos instrumentos de detección arrojaron probabilidades moderadas de predicción diagnóstica, mientras que las tasas de verosimilitud (Linkhood ratio) fueron bajas (menores a 5), indicando un incremento pequeño en la probabilidad posterior de identificación.

La utilización conjunta de los cuestionarios de *screening* para TB con los criterios de Ghaemi-Goodwin (*screening* de manía + características evolutivas típicas del trastorno bipolar), aumentó notablemente la sensibilidad de detección de los trastornos bipolares en ésta muestra clínica de pacientes, manteniendo valores predictivos aceptables (moderados). La caída observada en la especificidad con esta metodología es a expensas del mayor número de depresiones con rasgos del espectro bipolar que dieron positivo en el rastreo para TB con ésta forma de detección.

La confección de un cuestionario que incluya el *screening* de síntomas maníacos (MDQ) más las características sintomáticas y evolutivas propias del espectro bipolar, podría aumentar la sensibilidad de la detección manteniendo la confiabilidad en la prueba de rastreo para identificación de los trastornos bipolares.

Por otro lado, el Índice de Bipolaridad (BI) mostró propiedades psicométricas interesantes como instrumento complementario para el diagnóstico. Con un punto de corte de 50 (puntuación de 0 a 100) obtuvimos una sensibilidad y especificidad cercanas al 90%, valores predictivos semejantes y una probabilidad (posterior) 7,5 veces mayor de identificar los pacientes diagnosticados como bipolares con los criterios diagnósticos utilizados en este estudio, y con instrumentos de evaluación actualmente establecidos para el diagnóstico de TB (MINI, con las adaptaciones antes mencionadas).

La principal limitación de este estudio es el reducido tamaño de la muestra (siendo éstos resultados preliminares, con una muestra parcial del estudio en curso). Sin embargo, los valores obtenidos en cuanto a la sensibilidad, especificidad y valores predictivos en esta muestra de pacientes con trastornos del ánimo y pacientes con inestabilidad afectiva por desregulación emocional, es similar a la de otros estudios sobre los instrumentos de detección utilizados en poblaciones clínicas (23,40,41).

A diferencia de algunos estudios previos que obtuvieron valores predictivos positivos bajos (39) del MDQ en muestras clínicas, en el presente estudio los Valores Predictivos de los instrumentos de detección arrojaron una probabilidad (VPP) del 74% al 79% de tener un diagnóstico de TB al dar un resultado positivo. Así mismo,

un resultado negativo indicó una probabilidad (VPN) similar de no presentar las características diagnósticas. Lo anterior implica que entre un quinto y un cuarto de los pacientes evaluados con instrumentos de detección no son identificados o son identificados incorrectamente según el resultado de la evaluación sea positivo o negativo, respectivamente. Aquí debemos hacer una salvedad importante; estas pruebas no son diagnósticas, arrojan una probabilidad incrementada de tener características diagnósticas de bipolaridad y ponen en evidencia la presencia de rasgos de bipolaridad. El diagnóstico será producido por una evaluación clínica completa del síndrome, la evolución, los antecedentes familiares y las características asociadas que lo confirmen. El uso de una escala de detección no elimina la necesidad de una evaluación clínica competente para realizar el diagnóstico de TB (42).

Por los motivos antes señalados, algunos autores han sugerido que los instrumentos de detección para el TB son útiles en el contexto de la atención primaria, pero no en el contexto de la atención psiquiátrica especializada (39)

Para utilizar los instrumentos de detección para la identificación de casos, es necesario tener buenos Valores Predictivos Positivos; lo que depende de la probabilidad previa del trastorno, o sea de la prevalencia del TB en la muestra estudiada (39, 43), ya que el VPP es la proporción de verdaderos positivos sobre el total de resultados positivos (verdaderos positivos + falsos positivos) del cuestionario de detección y por lo tanto esa relación será mayor mientras más casos haya por identificar.

En el grupo de pacientes con trastornos afectivos en el área especializada, es donde consultan los pacientes con trastornos afectivos más severos y la probabilidad previa del TB es mayor, lo que tiende a disminuir los valores predictivos negativos y la especificidad, debido a un mayor número de falsos negativos en las pruebas de *screening*. Varios autores han señalado que la identificación de rasgos de bipolaridad, como los síntomas de la serie maníaca detectados por el MDQ, fueron interpretados como indicadores de diagnóstico de TB en vez de características que incrementan la probabilidad previa del diagnóstico (42,44). En vez de utilizar esos instrumentos, se ha propuesto mejorar las habilidades diagnósticas de los clínicos (39), hacer diagnósticos de espectro (11) y utilizar un enfoque probabilístico identificando rasgos de bipolaridad que incremente la probabilidad previa del diagnóstico (44, 45), como modos de mejorar la detección e identificación del TB.

Nosotros pensamos que los instrumentos de detección pueden utilizarse provechosamente en un enfoque de aproximación probabilística (Bayesiano) siempre y cuando no se confunda la presencia de rasgos (características) de bipolaridad con el diagnóstico de TB.

Se ha visto que los pacientes con depresión que puntuaron positivo en el MDQ (identificados como potencialmente bipolares) tuvieron un comienzo más temprano de la enfermedad, tuvieron una media mayor de episodios depresivos previos y mayor número de intentos de suicidio (el doble), así como mayor severidad del episodio depresivo y presentaron más frecuentemente síntomas psicóticos durante el episodio depresivo en

curso (46). Incluso, otro estudio ha demostrado que la presencia de las características de bipolaridad, como los síntomas hipomaniacos sub-sindrómicos, en los pacientes con trastorno depresivo mayor se asocian a un incremento en la tasa de comorbilidad con trastornos de ansiedad, del control de los impulsos y abuso de sustancias, así como con una frecuencia mayor de trastornos bipolares en familiares (47). Todo ello indica una mayor severidad del cuadro afectivo y del trastorno anímico en los pacientes depresivos con síntoma de la serie maníaca, como se ha demostrado en varias investigaciones (46,48,49) y otorga cierta validación externa a la noción de espectro.

Sin embargo, como señalamos anteriormente, cuando se examinó en varios estudios a pacientes que dieron positivo en el *screening* con el MDQ y que no cumplían con criterios diagnósticos DSM-IV de TB, se encontró que una proporción importante de ellos cumplía criterios para TLP (24,50,51). Esa detección cruzada se debe, posiblemente, a que los pacientes con TLP presentan algunos síntomas de la serie maníaca, como hemos demostrado en un trabajo reciente (27), que no cumplen con los criterios sindrómicos y probablemente de duración (minutos u horas en el contexto de reacciones emocionales desreguladas y/o sin adecuada modulación como lo postulara Marsha Lineham) (52) para el diagnóstico de TB.

En vista a los resultados obtenidos en este análisis, y a las consideraciones anteriores, proponemos un uso secuencial y probabilístico de alguno de los instrumentos aquí evaluados: En primer lugar; la utilización conjunta del MDQ (un cuestionario auto-administrado que se completa en 5 minutos) y del listado de los Criterios del Espectro Bipolar (un checklist de características de las depresiones recurrentes realizado por el clínico); lo cual

arrojó una sensibilidad mayor al 90%. Consideramos este hallazgo de gran utilidad teniendo en cuenta la falta de reconocimiento y retardo en el diagnóstico del TB que se ha descrito en la literatura y que involucra a los psiquiatras.

En esta primera exploración obtenemos un grupo de pacientes con depresión que tiene una forma más severa de trastorno del ánimo, y dentro del cual encontramos a pacientes con TB, pacientes con TLP, y pacientes con rasgos bipolares en el curso de su trastorno depresivo que indican una posible evolución a TB. Por lo tanto, con éste procedimiento no sólo hemos aumentado la probabilidad previa del diagnóstico de trastorno bipolar, sino que identificamos a pacientes con rasgos bipolares y evoluciones más severas.

Como consideraciones para el futuro, creemos que en un segundo paso necesitamos aumentar la especificidad y los valores predictivos. Esto es lo que logramos mejorar con el Índice de Bipolaridad – BI (un checklist con las características evolutivas, sindrómicas, sintomáticas, antecedentes familiares y de respuesta al tratamiento), que arroja un puntaje que mientras más alto es, mayor especificidad tiene, y arrojó Valores Predictivos en torno al 90%, con puntajes 50 o más, en esta muestra clínica.

Completar el BI requiere un gran conocimiento del paciente en múltiples áreas, y alguno de sus ítems puede variar con la evolución de la enfermedad o con el resultado de las intervenciones terapéuticas. Es una guía de los datos necesarios para una evaluación diagnóstica completa del TB y puede servirnos como instrumento complementario para el diagnóstico. Sin embargo, es importante destacar que ninguno de los instrumentos anteriores sustituye al juicio clínico, que en definitiva determinará el umbral diagnóstico/terapéutico del TB y de los diagnósticos diferenciales a los que diera lugar. ■

Referencias bibliográficas

- Dunner DL. Clinical consequences of under-recognized bipolar spectrum disorder. *Bipolar Disord* 2003; 5 (6): 456-63
- McIntyre RS, et al. Comorbidity in bipolar disorder: a framework for rational treatment selection. *Human Psychopharmacol* 2004; 19: 369-386
- Ghaemi SN, Sachs GS, Chiou AM, Pandurangi AK, Goodwin K. Is bipolar disorder still underdiagnosed? Are antidepressants overutilized? *J Affect Disord* 1999; 52 (1-3): 135-144.
- Strejilevich S, Retamal Carrasco P. Perception of the impact of Bipolar Disorder and its diagnosis in health centers in Argentina and Chile. *Vertex* 2003; 14 (54): 245-52.
- Baldessarini RJ, Tondo L, Hennen J. Treatment-latency and previous episodes: relationships to pretreatment morbidity and response to maintenance treatment in bipolar I and II disorders. *Bipolar Disord* 2003; 5 (3): 169-79.
- Vieta E, Suppes T. Bipolar II disorder: arguments for and against a distinct diagnostic entity. *Bipolar Disord* 2008; 10: 163-178.
- Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Maser J, Solomon DA, Leon AC, Rice JA, Keller MB. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59 (6): 530-7.
- Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Coryell W, Endicott J, Maser JD, Solomon DA, Leon AC, Keller MB. A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 261-269.
- Smith DJ, Ghaemi NS. Hypomania in clinical practice. *Adv Psychiatr Treat* 2006; 12: 110-120.
- Akiskal HS, Pinto O. The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III, and IV. *Psychiatr Clin North Am* 1999; 22 (3): 517-34.
- Angst J, Cassano G. The mood spectrum: improving the diagnosis of bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2005; 7 (4): 4-12. Review.
- Akiskal HS, Vázquez GH. Widening the borders of the bipolar disorder: validation of the concept of bipolar spectrum. *Vertex* 2006; 17 (69): 340-6.
- Zimmerman M, Ruggero CJ, Chelminski I, Young D. Is bipolar disorder overdiagnosed? *J Clin Psychiatry* 2008; 69 (6): 935-40.
- Zimmerman M, Ruggero CJ, Chelminski I, Young D. Psychiatric diagnoses in patients previously overdiagnosed with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2010; 71: 26-31.

15. MacKinnon DF, and Pies R. Affective instability as rapid cycling: theoretical and clinical implications for borderline personality and bipolar spectrum disorders. *Bipolar Disord* 2006; 8: 1-14
16. Akiskal HS, The emergence of the bipolar spectrum: validation along clinical-epidemiologic and familial-genetic lines. *Psychopharmacol Bull* 2008; 40 (4): 99-115.
17. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (revised 4th ed.). *American Psychiatric Publishing*, Washington, DC 1994.
18. Skodol AE, Stout RL, McGlashan TH, Grilo CM, Gunderson JG, Shea MT, Morey LC, Zanarini MC, Dyck IR, Oldham JM. Co-occurrence of mood and personality disorders: a report from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS). *Depress Anxiety* 1999; 10 (4): 175-8.
19. Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT, McGlashan TH, Morey LC, Sanislow CA, Bender DS, Grilo CM, Zanarini MC, Yen S, Pagano ME, Stout RL. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): overview and implications. *J Pers Disord* 2005; 19 (5): 487-504.
20. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, fifth edition; DSM 5. *American Psychiatric Publishing* 2013, Washington DC.
21. Stoffers JM, Völlm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 8.
22. Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH, et al. Ten-Years curse of borderline personality disorder. Psychopathology and function for the collaborative longitudinal personality disorder study. *Arch Gen Psychiatry*. Published online April 4, 2011. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.37
23. Ghaemi SN, Dalley S, Catania C, Barroilhet S. Bipolar or borderline: a clinical overview. *Acta Psychiatr Scand* 2014. doi: 10.1111/acps.12257.
24. Zimmerman M, Galione JN, Ruggero CJ, Chelminski I, Young D, Dalrymple K, McGlinchey JB. Screening for bipolar disorder and finding borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 2010; 71 (9): 1212-7.
25. Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL, Calabrese JR, Flynn L, Keck PE Jr, Lewis L, McElroy SL, Post RM, Rappaport DJ, Russell JM, Sachs GS, Zajecka J. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry* 2000; 157 (11): 1873-5.
26. Schiavone P, Dorz S, Conforti D, Scarso C, Borgherini G. Comorbidity of DSM-IV Personality Disorders in unipolar and bipolar affective disorders: a comparative study. *Psychol Rep* 2004; 95 (1): 121-8.
27. Apfelbaum S, Regalado P, Herman L, Teitelbaum J, Gagliesi, P. La comorbilidad del trastorno bipolar con trastornos de la personalidad tipo B como indicador de severidad clínica y disregulación afectiva. *Actas Esp Psiquiatr* 2013; 41 (5): 269-278.
28. Hirschfeld RM, Holzer C, Calabrese JR, et al. Validity of the Mood Disorder Questionnaire: A general population study. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 178-180.
29. Hirschfeld, RM, Cass AR, Devin SM, Holt L, and Carlson CA- Screening for Bipolar Disorder in Patients Treated for Depression in a Family Medicine Clinic. *J Am Board Fam Pract* 2005; 18: 233-9.
30. Miller CJ, Klugman J, Berv DA, Rosenquist KJ, Ghaemi SN. Sensitivity and specificity of the Mood Disorder Questionnaire for detecting bipolar disorder. *J Affect Disord* 2004; 81 (2): 167-71.
31. Zaratiegui R, Lorenzo LS, Vázquez GH. Validation of the Argentine version of the Mood Disorder Questionnaire. *Vertex* 2011; 22 (97): 165-71.
32. Ghaemi SN, Miller CJ, Douglas AB, Klugman J, Rosenquist KJ, Pies RW. Sensitivity and specificity of a new bipolar spectrum diagnostic scale. *J Affect Disord* 2005, 84 (2-3): 273-7.
33. Vazquez GH, Fabregues F, Pies R, Ghaemi NS, Mota-Castillo M. Screening bipolar disorder in Spanish-speaking population: sensitivity and specificity of the Bipolar Spectrum Diagnostic Scale Spanish Version (BSDA-S). *Compr Psychiatry* 2010; 51 (5): 552-6.
34. Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FK. "Cade's disease" and beyond: misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition for bipolar spectrum disorder. *Can J Psychiatry* 2002; 47 (2): 125-34
35. Sachs G. Manejo del Trastorno Bipolar. *Conductas Clínicas Basadas en Evidencia*. Brasil: Science Press, Latinoamérica - Glaxo Smith Kline, 2004.
36. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J; Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry* 1998; 59 (20): 22-33.
37. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams, JBW, Benjamin LS. *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de La Personalidad del eje II del DSM IV (SCID - II)*. Barcelona: Masson, 1999.
38. Angst J., Gamma A., Bowden CL, Azorin JM, Perugi G., Vieta E., Young A. H. Diagnostic criteria for bipolarity based on an international sample of 5,635 patients with DSM-IV major depressive episodes. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* (2012) 262:3-11
39. Phelps JR, Ghaemi NS. Improving the diagnosis of bipolar disorder: Predictive value of screening tests. *J Affect Disord* 2006; 92: 141-148.
40. Hirschfeld RM. The mood disorder questionnaire: its impact on the field [corrected]. *Depress and Anxiety* 2010; 27(7): 627-30. Erratum in: *Depress and Anxiety* 2010; 27(10).
41. Hirschfeld RM. The epidemiology of depression and the evolution of treatment. *J Clin Psychiatry* 2012; 73 (1): 5-9.
42. Zimmerman M. Galione JN. Tuggero CJ. et al. Are screening scales for bipolar disorder good enough to be used in clinical practice? *Compr Psychiatry* 2011; 52: 600-606.
43. Zimmerman M. Misuse of Mood Disorder Questionnaire as a casa-finding measure and a critique of the concept of using a screening scale for bipolar disorder in psychiatric patients. *Bipolar Disord* 2012; 14: 127-134.
44. Mitchell PB, Goodwin GM, Jhonsen GF, Hirschfeld RMA. Diagnostic guidelines for bipolar depression: a probabilistic approach. *Bipolar Disord* 2008; 10: 144-152.
45. Ghaemi SN, Bauer M, Cassidy F, Malhi GS, Mitchell P, Phelps J. Diagnostic guidelines for bipolar disorder: a summary of International Society for Bipolar Disorder Diagnostic Guidelines Task Force Report. *Bipolar Disord* 2008; 10: 117-128.
46. Tafalla M, Sanchez-Moreno J, Diez T, Vieta E. Screening for bipolar disorder in a Spanish sample of outpatients with current major depressive episode. *J Affect Disord* 2009; 114 (1-3): 299-304.
47. Angst J, Cui L, Swendsen J, Rothen S, Cravchik A, Kessler RC, Merikangas KR. Major depressive disorder with subthreshold bipolarity in the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 2010; 167(10): 1194-201.
48. Angst J. Biological research into depression: a clinician's commentary. *World Psychiatry* 2010; 9 (3): 163-4.
49. Cassano GB1, Rucci P, Frank E, Fagiolini A, Dell'Osso L, Shear MK, Kupfer DJ. The mood spectrum in unipolar and bipolar disorder: arguments for a unitary approach. *Am J Psychiatry* 2004; 161 (7): 1264-9.
50. Nagata T, Yamada H, Teo AR, Yoshimura C, Kodama Y, Vlier I. Using the Mood Disorder Questionnaire and Bipolar Spectrum Diagnostic Scale to detect bipolar disorder and borderline personality disorder among eating disorder patients. *BMC Psychiatry* 2013, 13: 69.
51. López Castroman J, Baca García E, Quinteros Gutierrez del Álamo J, y col. Errores de diagnóstico y estabilidad temporal en el trastorno bipolar. *Actas Esp Psiquiatr* 2008; 36 (4): 205-209.
52. Lineham MM. Bohus M, Lynch TR. Dialectical behaviour therapy for pervasive emotional dysregulation. Chapter 9, *Handbook of Emotional Regulation*. The Guilford Press, New York, 2007.

Análisis comparativo sobre las características de las internaciones en una sala de Salud Mental en un hospital general de agudos

Carolina Schiavo

Médica especialista en psiquiatría. Jefa de Residencia de Psiquiatría, Hospital General de Agudos "Dr. Teodoro Álvarez"

Andrés Tate

Médico. Residencia de psiquiatría, Hospital General de Agudos "Dr. Teodoro Álvarez"

Melina Penna

Médica. Residencia de psiquiatría, Hospital General de Agudos "Dr. Teodoro Álvarez"

Luciana Stampella

Médica especialista en psiquiatría. Ex Residente de Psiquiatría, Hospital General de Agudos "Dr. Teodoro Álvarez"

Leandro Nicolás Grendas

*Médico especialista en psiquiatría
Departamento Área de Urgencias. Hospital General de Agudos "Dr. Teodoro Álvarez"*

Virginia Romarión Benitez

Médica. Residencia de psiquiatría, Hospital General de Agudos "Dr. Teodoro Álvarez"

Luciano Rose

Médico. Residencia de psiquiatría, Hospital General de Agudos "Dr. Teodoro Álvarez"

Rodrigo Videtta

Médico. Residencia de psiquiatría, Hospital General de Agudos "Dr. Teodoro Álvarez"

Josefina Arnaldo

Médica. Residencia de psiquiatría, Hospital General de Agudos "Dr. Teodoro Álvarez"

Pablo Richly

*Médico especialista en psiquiatría
Director de CESAL – Centro de Salud Cerebral (Quilmes)*

Resumen

Introducción: En Argentina, como en el mundo, se han implementado políticas de desinstitucionalización. En nuestro país, la escasez de datos epidemiológicos acerca de las internaciones en salud mental, empobrecen la discusión acerca de los efectos y las formas de implementación de dichas políticas. **Objetivos:** Se analizaron datos epidemiológicos de los pacientes internados en la sala de psicopatología del Hospital General de Agudos "Teodoro Álvarez" durante el periodo de junio de 2012 a Mayo de 2013 y se compararon dichos datos con los obtenidos en un estudio previo realizado en la misma sala de internación entre los años 2004 - 2005. **Materiales y Métodos:** Trabajo de carácter naturalístico, descriptivo y retrospectivo, en el que se incluyeron pacientes masculinos adultos admitidos en la sala de psicopatología del Hospital Álvarez durante el período del estudio. Los datos fueron recabados de las historias clínicas de los pacientes. **Resultados:** Se produjeron 51 internaciones en el tiempo estudiado (versus 82 internaciones en el estudio previo). La edad promedio fue 34,4 años. El tiempo promedio de las internaciones fue de 46,2 días (versus 45,4 días). El 84% (versus 89,7%) de las internaciones han durado menos de 90 días, así mismo se observó un aumento de las internaciones de 90 días hasta 179 días (7,3% versus 13,7%). El motivo de ingreso más frecuente fue descompensación psicótica. Un 62,7% (vs 48,8% del estudio previo) presentaba antecedentes de internaciones previas. Los diagnósticos al egreso más frecuentes fueron: Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos 38,4% (versus 38,1%), Trastornos de la personalidad 21,5% (vs 25%), Trastornos del estado de ánimo 17% (versus 17,7%) y Trastornos relacionados con sustancias 15,4% (vs 22,1%). **Conclusión:** Se observó una disminución significativa de 82 a 51 en la cantidad de internaciones, evidenciándose también una disminución del giro-cama de 4,1 a 2,6 y un aumento de las internaciones con una duración mayor a 90 días y menor a 179 días.

Palabras clave: Internación psiquiátrica - Hospital general - Diagnósticos - Ley de salud mental.

COMPARATIVE ANALYSIS ABOUT HOSPITALIZATION CHARACTERISTICS IN THE MENTAL HEALTH UNIT OF A GENERAL ACUTE CARE HOSPITAL

Abstract

Introduction: In Argentina, like in the rest of the world, deinstitutionalization policies have been implemented. In our country, the shortage of epidemiologic data regarding admissions in mental health is a limitation for the discussion about how this changes should be implemented and its effect. **Objectives:** Epidemiologic data of inpatients of the Mental Health Unit of the Teodoro Álvarez General Hospital between June 2012 and May 2013 has been analyzed in order to elaborate a comparative analysis with a previous study that took place in the same unit on the years 2004-2005. **Materials and methods:** This is naturalistic, descriptive and retrospective study about adult male inpatients admitted in the psychopathology ward of the Álvarez Hospital. Data was taken from the patient's medical history report. **Results:** There were 51 hospitalizations during the study (versus 82 hospitalizations in the previous one). The average age was 34.4 years. The average patient hospitalization was 46.2 days (versus 45.4), 84% (vs 89.7%) of hospitalizations lasted less than 90 days, although there was an increase in hospitalization that lasted between 90 and 179 days (7.3% vs 13.7%). The most frequent reason for hospitalization was acute psychotic syndrome, 62.7% (versus 48.8%) of the patients had previous psychiatric hospitalizations. The most frequent diagnosis at discharge were: 38.4% schizophrenia and other psychotic disorders (vs 38.1%), 21.5% personality disorders (vs 25%), 17% mood disorders (vs 17.7%), 15.4% substance use related (vs 22.1%). **Conclusion:** There has been a considerable decrease (from 82 to 51) in the total number of hospitalizations and also a decrease in the BTR (bed turnover ratio) from 4.1 to 2.6 and an increase in hospitalizations with a duration superior to 90 days and inferior to 179 days.

Keywords: Psychiatric hospitalization - General hospital - Diagnostics - Mental health law.

Introducción

El presente trabajo surge a partir del interés de un grupo de residentes del Hospital de Agudos Dr. Teodoro Álvarez de la Ciudad de Buenos Aires de tomar conocimiento respecto a las propias prácticas llevadas adelante durante la rotación por la sala de internación de Salud Mental. En los últimos años en el mundo se ha intentado implementar una política de desinstitutionalización de la atención en salud mental (1-4). En este proceso se buscó primar la utilización de los recursos hospitalarios de internación para situaciones agudas en hospitales generales, disminuyendo las admisiones en hospitales monovalentes en la ciudad de Buenos Aires (5, 6). Sin embargo el número de camas disponibles para internación en salas de salud mental de hospitales generales es limitado considerando la demanda (7, 8). La Ley de Salud Mental Nº 26.657 (4) sugiere que las internaciones psiquiátricas deben realizarse en dichas instituciones, y actualmente en la Ciudad de Buenos Aires son sólo 3 los hospitales generales que cuentan con sala de internación de salud mental sumando un total de 46 camas disponibles, siendo el Hospital Álvarez facilitador de casi la mitad de las mismas. Dada la escasez de datos epidemiológicos sistematizados respecto a la población atendida en servicios públicos de Salud Mental (9, 10, 11) consideramos que sería importante recabar información respecto al funcionamiento de las salas de internación ya que las mismas son un recurso limitado.

La División de Salud Mental del Hospital Álvarez se encuentra conformada por un equipo interdisciplinario que se ocupa de la asistencia, prevención, docencia e investigación de las problemáticas de dicho campo. El servicio cuenta con múltiples dispositivos, entre ellos la sala de internación con camas para pacientes hombres entre 18 y 65 años. Teniendo en cuenta esto recopilaremos datos epidemiológicos de la población atendida en la sala de internación de este hospital para comparar los datos obtenidos con un trabajo realizado por residentes en la misma sala de internación en el periodo comprendido desde

junio del 2004 hasta mayo del 2005, siendo este último de carácter naturalístico, prospectivo y descriptivo (12).

Materiales y métodos

Diseño del estudio: El presente estudio es naturalístico, retrospectivo y descriptivo. Fue realizado en la sala de internación de Salud Mental del Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez durante 12 meses, comprendidos entre el 01 de junio de 2012 y el 31 de mayo de 2013.

Población: Se incluyeron los pacientes masculinos, entre 18 y 65 años, cuya fecha de ingreso y egreso a la sala de internación estuviera comprendida en el periodo del estudio, excluyéndose aquellos cuya fecha de ingreso y/o egreso estuviese fuera del periodo de estudio del trabajo.

Solo se tuvieron en cuenta para el análisis estadístico las 19 camas disponibles durante el periodo de estudio dado que una de las camas de la sala de internación permaneció ocupada previo a la fecha de inicio del periodo de estudio y posteriormente a la fecha de finalización del mismo por el mismo paciente.

Extracción de datos: La información fue extraída de forma retrospectiva a partir de la hoja de ingreso y la epícrisis de las historias clínicas. Los datos recabados fueron edad, nacionalidad, lugar de residencia, fecha de ingreso a la sala de internación, motivo de ingreso y voluntariedad o no de la internación, diagnóstico presuntivo de ingreso, diagnóstico de egreso, dispositivo de tratamiento al egreso y número de internaciones previas (especificando cuántas de ellas fueron en la misma sala).

Los diagnósticos utilizados para la confección de estadísticas fueron los correspondientes al DSM IV-TR (14). El análisis estadístico de los datos se realizó con Microsoft Excel 2010 ®. Se calcularon porcentaje, media, rango y desviación estándar de los datos obtenidos. Una vez obtenidos dichos datos se procedió a comparar los mismos con el trabajo desarrollado en la misma sala de internación en el periodo comprendido desde el 01 de Junio de 2004 al 31 de Mayo de 2005 (12). Los datos publicados fueron edad, fecha de ingreso a la guardia y a la sala, mo-

tivo de ingreso, diagnóstico de ingreso y egreso, vía de ingreso y egreso, antecedentes de internaciones previas, número de las mismas y si alguna fue en esta sala. Los datos de egreso corresponden a los pacientes que egresaron en el mismo período excluyendo aquellos que ya se encontraban internados desde antes de comenzar el estudio (12).

Resultados

Entre el 01 de Junio del 2012 y el 31 de Mayo del 2013 se realizaron 51 internaciones (vs 82 internaciones en el trabajo previo), con un total de 48 pacientes (ya que 3 pacientes fueron internados más de una vez durante el periodo del estudio). El promedio de edad de los pacientes internados fue de 34,5 años (DE 12,8, de 18-66 años). El 92% de los pacientes era de nacionalidad Argentina (siendo el 4% de Bolivia, el 2% de Paraguay y un 2% de República Dominicana). El 77% residía en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, mientras que un 20% tenía su domicilio en la provincia de Buenos Aires y un 2% se encontraba en situación de calle.

Tiempo de internación: Al comparar el promedio del tiempo de permanencia de los pacientes que cursaron una internación respecto al descripto por los investigadores en el estudio anterior, se observaron resultados similares (46,2 días vs 45,4 días en el estudio previo), se obtuvo una mediana de 25 días y un rango de 1 a 312 días. Si se toman en cuenta sólo los pacientes con alta de la internación (excluyendo los pacientes que se retiraron por contraindicación médica) el promedio se prolonga en ambos trabajos (51,9 vs 51,1 días). El 84% (vs 89,7%) de las internaciones han durado menos de 90 días, así mismo se observó un aumento de las internaciones de 90 días hasta 179 días (7,3% vs 13,7%) (Gráfico 1). El giro-cama descendió de 4,1 a 2,6.

Motivo de internación: Hemos observado que el más frecuente ha sido Descompensación psicótica 45,4% (vs 30,5%), seguido por Síndrome depresivo 18,1% (vs 4,9%), Consumo problemático de sustancias 7,2% (vs 7,3%) e Ideación suicida 5,4% (vs 13,4%).

Un 62,7% (vs 48,8%) de los pacientes presentaban antecedentes de internaciones previas, habiendo cursado el 11,7% más de cuatro (vs 25,6%). El 56,2% (vs 61,5%) ya habían sido internados en el Hospital Álvarez. El 39,2% de los pacientes tuvieron internaciones de carácter involuntario y el restante de carácter voluntario.

Diagnóstico de egreso: En cuanto al diagnóstico de egreso los cuadros más frecuentes fueron: Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos 38,4%, Trastornos de la personalidad 21,5%, Trastornos del estado de ánimo 17%, Trastornos relacionados con sustancias 15,4%, Trastorno del control de los impulsos 3%, Demencia 2% y Trastorno de ansiedad 2%. En forma similar a lo descripto en el estudio realizado en la misma sala de internación en el año 2004/2005 se puede observar un predominio del diagnóstico de esquizofrenia (29,4% vs 30,1%), así como un índice Esquizofrenia/Trastorno bipolar similar (3,3:1 vs 3,8:1). Dentro del diagnóstico de Trastornos de la personalidad el subtipo límite fue el más frecuente. Dentro del grupo de Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, la Esquizofrenia fue el cuadro más frecuente. Dentro del grupo de trastorno del estado del ánimo sólo el 36,3% corresponde a cuadros unipolares. Se puede observar una gran proporción de pacientes con diagnóstico de Trastorno por abuso de sustancias. Las internaciones de pacientes con patología dual fue de un 15,6% (62,5% presentaban Trastorno por abuso de sustancias asociado a Trastorno de la personalidad y un 37,5% asociado a Trastornos psicóticos). Se siguieron observando datos similares en la mayoría de los diagnósticos cifras similares al trabajo realizado previamente en la misma sala de internación (Gráfico 2). Se vio un marcado descenso en el número de pacientes que tuvieron como diagnóstico al egreso Trastorno por abuso de sustancias comparándolo con el estudio previamente citado (22,1% vs 15,3%). Un 80% (vs 40%) de los pacientes de este grupo presentaban un diagnóstico psiquiátrico comórbido: Trastorno límite de la personalidad (40%), Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (30%) y Trastornos del estado del ánimo (10%). Asimismo el 90% de los mismos tenían antecedentes de internaciones previas a diferencia de un 26,6% en el periodo 2004-2005.

Gráfico 1. Internaciones según días de permanencia (% de internaciones).

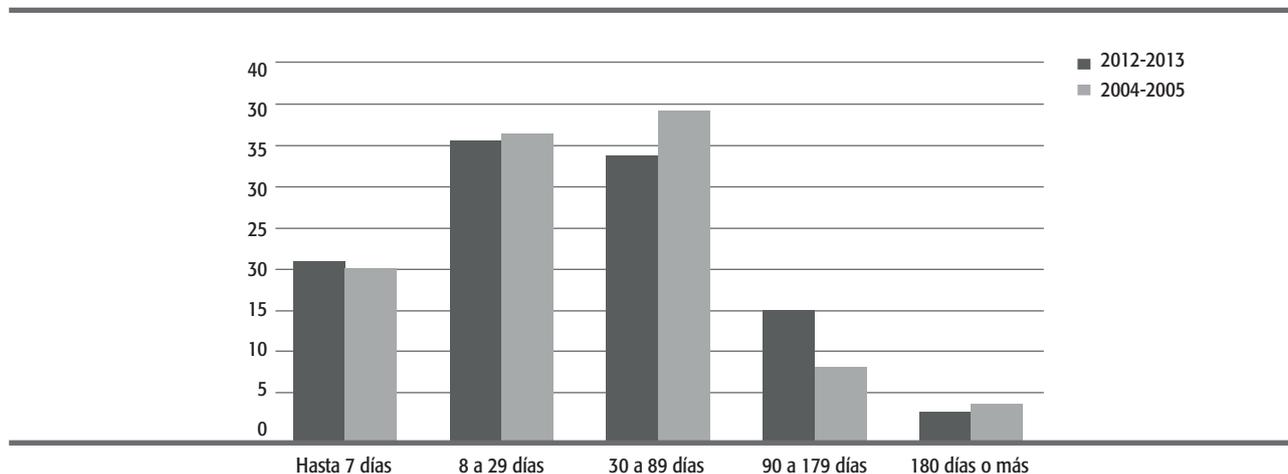
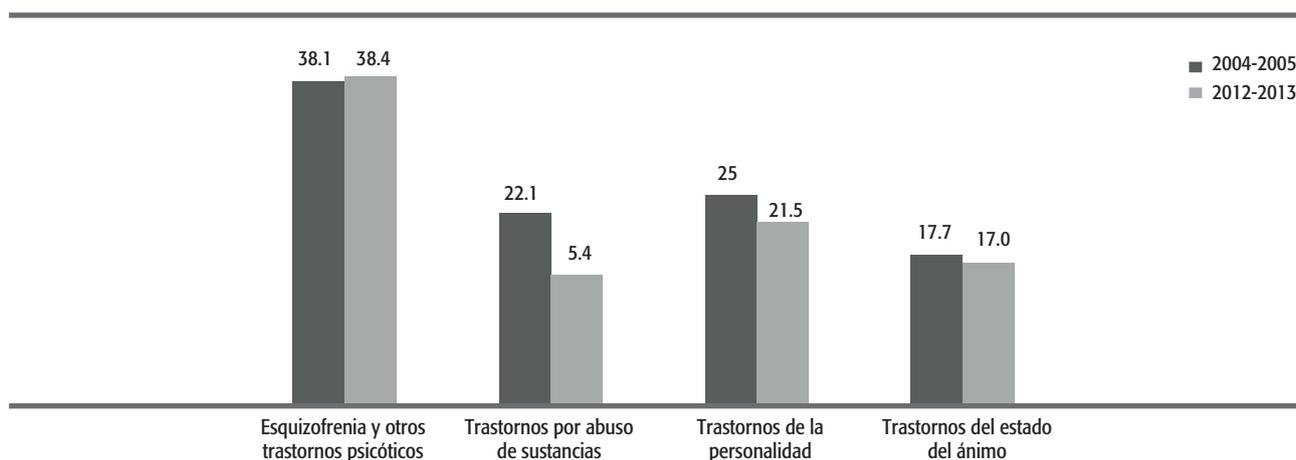


Gráfico 2. Principales diagnósticos de egreso (% de pacientes).

Por otro lado el promedio de días de internación de esta población en nuestro estudio comparado con el estudio previo fue de 56,9 días vs 35,9 días (rango 1 a 312 días vs rango 2 a 119 días) (12).

Externación y alta: El 82,3% de los pacientes se externaron con alta de la internación o derivación a otros dispositivos de internación (ej. Obra Social, SEDRONAR). El porcentaje de pacientes que se han retirado sin alta de la internación no ha variado significativamente (17,6% vs 19,1%). El 65% de los pacientes externados siguieron su tratamiento por consultorios externos, el 7,8% continuó su tratamiento en Hospital de día.

Discusión

Debe considerarse que dada la diferente modalidad de obtención de los datos (prospectivos vs retrospectivos), la comparación de los mismos es limitada. No por ello deja de ser útil hacerlo si tenemos en cuenta la escasez de datos existente en relación a los indicadores de salud mental en el sistema público. Experiencias realizadas en el mundo arrojan heterogeneidad en el promedio de días de internación, a modo de ejemplo: desde 8,8 días en una clínica de Medellín en el año 2003 (17) hasta 61 días en los hospitales psiquiátricos de Paraguay en el año 2006 (18). Asimismo el Servicio de Salud Mental del Noroeste de Melbourne Australia, reporta que 15 días fue la duración de internación más frecuente, en un rango de 1 a 85 días con una media de 12 días. Este mismo centro informa que el 37% de los pacientes fueron dados de alta en la primer semana, mientras que el 85% fue dado de alto el rango de los 28 días (19). Una empresa de medicina prepaga en la Ciudad de Buenos Aires estudió entre el año 2000 y el 2002 a la población internada psiquiátricamente hallando un promedio de días de internación de 11.8 (20). En los hospitales generales que cuentan con sala de internación de salud mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, encontramos que: el Hospital Piñero cuenta con un promedio de 42,8 días en el año 2002 descendiendo a 28,4 días en el año 2011 (10, 6), dicho descenso no se vio reflejado en el Hospital Álvarez donde el promedio fue de 45,4 días y 56,9 días en los años 2006 y 2011 respectivamente (12, 6).

En nuestro trabajo pudimos observar una disminución, de 82 a 51, en la cantidad de internaciones. Se ve reflejado en el giro-cama el cual disminuyó de 4,1 a 2,6 y en el aumento de las internaciones con una duración mayor a 90 días y menor a 179 días. Una limitante del trabajo es que solo se consideran las internaciones cuyo ingreso y egreso se realizaron durante el periodo del estudio (un año), por lo cual puede haberse subestimado el impacto estadístico de las internaciones de 180 días o más. Consideramos que este no es un dato menor ya que en muchos casos la prolongación de las internaciones tiene un efecto iatrogénico agravando la ruptura de lazos familiares y comunitarios y la pérdida de capacidades para integrarse de manera autónoma a la vida social.

Al utilizarse la misma herramienta de diagnóstico (DSM IV-TR) (14) y en tanto la prevalencia de trastornos psiquiátricos en Argentina y Latinoamérica no ha sufrido modificaciones significativas en el periodo entre ambos estudios (15), es de esperar que los datos epidemiológicos en relación al diagnóstico no hayan sufrido grandes cambios en la pasada década. Se observa sin embargo una menor incidencia en cuanto al diagnóstico de Trastorno por abuso de sustancias lo cual podría indicar como posibles hipótesis un subdiagnóstico de estos cuadros, una disminución en el pase de estos pacientes desde el departamento de urgencias a la sala de internación o cambios en los criterios de admisión de internación. Ya que el Hospital Álvarez es el facilitador del 44% de las camas disponibles en los hospitales generales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires resulta de suma importancia que futuras investigaciones profundicen en el análisis de las variables epidemiológicas halladas para su mejor comprensión y abordaje desde una perspectiva de salud pública.

Si bien el objetivo de este trabajo es poder brindar una visión objetiva sobre un momento determinado en una sala de internación en un hospital general de la ciudad de Buenos Aires, los autores de este trabajo creemos que lo observado es producto de las políticas de salud, faltando una concepción integral de la problemática que incluya la articulación intersectorial, que implica procurar abordajes conjuntos con sectores como trabajo, vivienda, justicia, etc., ubicando como prioridad el acceso a derechos que van más allá de lo específicamente sanitario. En la

atención de la salud mental de nuestra ciudad. Resulta imposible desprenderse de este marco para comprender los datos obtenidos en este trabajo.

Según el informe realizado por la ACIJ (Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia) sobre el presupuesto destinado a servicios de salud mental, en CABA, en el año 2015, el 77% del mismo se destina a los efectores de salud monovalentes, mientras que la oferta de servicios en hospitales generales y en dispositivos intermedios no alcanza a representar ni siquiera el 1%. La externación asistida recibe a su vez, menos de esta última cifra (21). Quizás no solo sean la falta de dispositivos intermedios el motivo de internaciones prolongadas, sino que también se nos plantean importantes dudas acerca de nuestras propias prácticas al observar las dificultades en la articulación entre la sala de internación y recursos propios de la comunidad. Teniendo en cuenta que la ley de salud mental 26657 determina, en el artículo 15, que la internación debe ser lo más breve posible y que en ningún caso puede ser indica-

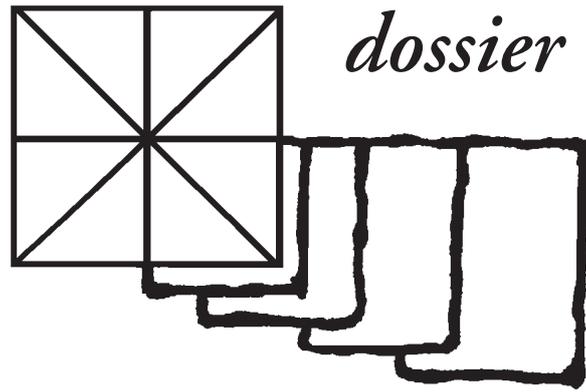
da o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, consideramos de suma importancia responder a los interrogantes que planteamos como motor de esta investigación.

Hay experiencias a nivel mundial de implementación de nuevos modelos de atención en salud mental con una perspectiva comunitaria, estos modelos, como ACT e ICM, reducen los tiempos de atención hospitalaria, incrementa la estabilidad de la vivienda, producen una mejoría en los síntomas y en la calidad de vida de los pacientes (24, 25).

Quizás quede un largo recorrido a transitar en nuestro país hasta poder llegar a una implementación adecuada de la legislación que se acerque a las bases de los nuevos paradigmas mundiales en salud mental. Creemos que para poder realizar este cambio es necesario generar datos a fin de conocer las necesidades de la población con la cual trabajamos modificando según estas nuestras prácticas y dispositivos de atención. ■

Referencias bibliográficas

- Doessel D, Scheurer R, Roman W, Chant D, Whiteford H. Australia's national mental health strategy and deinstitutionalization: Some empirical results. *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 39:989 – 994.
- Priebe S, Frottier P, Gaddini A, et al. Mental health care institutions in nine European countries, 2002 to 2006. *Psychiatr Serv* 2008; 59:570 – 573.
- Salud Mental y desinstitucionalización: resistencias y obstáculos en los procesos de externación en un hospital monovalente de la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires. Anuario de investigaciones. Versión online ISSN 1851-1686. *Anu. Investig* 2014; vol 20 no 1. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Ministerio de Salud de la Nación. Ley Nacional 26.657. Buenos Aires, 2010.
- Admisiones y prestaciones ulteriores de salud mental en los hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por hospital. Ciudad de Buenos Aires. Años 2000/2013.
- Internaciones por salud mental en hospitales generales de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ministerio Público tutelar de la CABA. 2014.
- Canadian Association of Emergency Physician (CAEP) National Emergency Nurses Affiliation.
- Emergency department overcrowding—position statement, 2003 [Internet] Ottawa (ON): CAEP; 2003.
- Documento de trabajo número 21. Internaciones por salud mental en hospitales generales de agudos de la ciudad Autónoma de Buenos Aires. Febrero 2014. [Internet] Disponible en: http://asesoria.jusbaires.gov.ar/sites/default/files/dtn21_internaciones_0.pdf
- Strejilevich S, Chan M, Triskier F, Orgambide S. Datos operacionales de una unidad psiquiátrica de internación en un hospital general y público de la Ciudad de Buenos Aires. *Vertex Rev Arg de Psiquiat* 2002; Vol XIII:85-92.
- Torriceli F, Barcala A. Epidemiología y Salud Mental: un análisis imposible para la Ciudad de Buenos Aires. *Vertex Rev Arg de Psiquiat* 2004; Vol XV: 10-19.
- Richly P, Xamena P, Surur C, et al. Datos operacionales de la sala de Internación de psicopatología de un hospital general a lo largo de un año. *Vertex Rev Arg de Psiquiat* 2006; Vol XVII:182-187.
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Guía para la elaboración de indicadores seleccionados. Serie 1, N° 19 ISSN 0325-0008, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2005.
- American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson. 2002.
- Organización Panamericana de la Salud. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS, 2009.
- Kaplan H, Sadock BJ. Sinopsis de Psiquiatría, Ed. Médica Panamericana, Madrid 1999.
- Vázquez J, Gómez A. Perfil epidemiológico y clínico de los pacientes hospitalizados en la Clínica Psiquiátrica Nuestra señora del sagrado corazón, durante septiembre de 2003 (Medellín). *Revista colombiana de psiquiatría* 2004; vol XXXIII/ No. 4.
- Un informe sobre la evaluación del sistema de salud mental en Paraguay usando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (WHO-AIMS). Asunción, Paraguay. 2006.
- Zhang J, Harvey C, Andrew C. Factors associated with length of stay and the risk of readmission in an acute psychiatric inpatient facility: a retrospective study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2011; 45:578–585 DOI: 10.3109/00048674.2011.585452
- Nemirovsky M, Guardo G, Rosenstein M, Agrest M, Tkach J, Montanelli R. Características epidemiológicas y de la atención de los pacientes internados psiquiátricamente en una Empresa de Medicina Prepaga en la Ciudad de Buenos Aires. *Vertex Rev Arg de Psiquiat* 2003; Vol. XIV: 292-298.
- Asociación Civil por la igualdad y la justicia, Informe alternativo para el comité de Derechos Humanos. Revisión periódica sobre Argentina, Mayo 2016.
- Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS, Bennett M, Dickinson D, Goldberg RW, Lehman A, Tenhula WN, Calmes C, Pasillas RM, Peer J, Kreyenbuhl J. Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull* 2010;36(1):48-70. doi: 10.1093/schbul/sbp115.
- Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophr Bull* 1998;24(1):37-74. Review. PubMed PMID: 9502546.
- Coldwell CM, Bender WS. The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2007;164(3):393-9. PubMed PMID: 17329462.
- Dieterich M, Irving CB, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(10):CD007906. doi: 10.1002/14651858.CD007906.pub2



NOSOLOGÍAS Y NOSOGRAFÍAS PSIQUIÁTRICAS ARGENTINAS

Las nosologías y las nosografías constituyen el pilar fundamental desde el que se eleva el edificio de la psiquiatría. Desde la descripción de la alienación mental y sus cuatro formas sindrómicas: manía, melancolía, demencia e idiotismo por Phillipe Pinel en el nacimiento de la especialidad a principios del siglo XIX hasta la serie de los DSM los problemas relativos a la taxonomía de las enfermedades propias a la psiquiatría han sido más controvertidos que en los de otras especialidades médicas.

Lantéri-Laura ha precisado que para poder clasificar la patología mental es necesario, en primer lugar, delimitarla y diferenciarla de otras patologías y de ciertas conductas que pueden confundirse con ella. Es lo que el epistemólogo francés define como campo extrínseco a la taxonomía psiquiátrica. En este sentido, comienza por señalar que en todas las culturas existe una representación de la locura y que la psiquiatría se constituyó como la parte de la medicina que intenta anexar a su pertinencia lo que la cultura entiende por locura/s. Resultan así incluidas en la pertinencia psiquiátrica tanto conductas resultantes de lesiones cerebrales, circunscritas o difusas, como efectos sobre el comportamiento causados por repercusiones sobre el sistema nervioso de enfermedades médicas como las endocrinopatías y otras afecciones sistémicas, y otros trastornos de difícil delimitación con la patología mental caracterizados por “la desmesura y el desborde conductual”.

Por otro lado, en el dominio interno, intrínseco, para que una clasificación tenga sentido es necesario, por un

lado, que haya una variedad de cuadros que la justifique, no basta con uno solo ya que entonces no habría nada para clasificar y, por otro lado, que estos puedan diferenciarse discretamente unos de otros, constituyendo, simultáneamente un conjunto finito.

A su vez estos diferentes cuadros deberán nombrarse con términos monosémicos, es decir, que cada uno de ellos se corresponda con una forma de presentación sintomática, y solo una, que no se confunda con las otras.

En psiquiatría existen dos modelos psicopatológicos fundamentalmente diferentes. Uno reposa sobre la descripción de síndromes, el otro se funda sobre la noción de enfermedad y postula la existencia de entidades naturales definidas por su etiología, su patogenia o ambas a la vez.

El enfoque sindrómico tiene sus raíces en la tradición de la psiquiatría francesa tributaria del pensamiento de Esquirol. El sucesor de Pinel declaraba en su famoso texto de 1838 “Las enfermedades mentales”: “Aferrándome a los hechos los he vinculado por su afinidad... raramente pretendí explicarlos y siempre me detuve ante los sistemas que me parecieron más seductores por su brillo que útiles en sus aplicaciones”. Es a partir de esa afirmación que se puede calificar el modelo que funda Esquirol como a-teórico, aunque ese supuesto sea discutible ya que todo agrupamiento sintomático implica, por regla general, alguna consideración teórica explícita o implícita, aserto que ha encontrado una larga discusión que se actualiza en la

crítica a los manuales de la serie DSM de la American Psychiatric Association.

Por el contrario, la perspectiva clasificatoria que sostiene la existencia de enfermedades mentales discernibles y distintas -inaugurada por Antoine Bayle en 1822, con su descripción de la aracnoiditis crónica (futura parálisis general), y Jean-Pierre Falret en 1864, con su locura circular, y llevada a su máxima expresión por Emil Kraepelin a partir de la formulación de su clasificación de las enfermedades mentales en la quinta edición de su Tratado de 1886- funda sus criterios en una razón etiológica, aunque lo más frecuente sea el reconocimiento de mecanismos patogénicos o las características de la evolución debido a la escasez de certezas sobre las verdaderas causas de las enfermedades mentales que se postulan. En efecto, ante la muy frecuente ausencia de lesiones anatómicas demostrables y características para definir una enfermedad (como en el caso de la parálisis general) el argumento central necesario para definir una "entidad natural", una "enfermedad" fue la evolución, infiriendo de ello que a una idéntica evolución le corresponde una idéntica causa.

Las nosologías y nosografías más difundidas entre los psiquiatras argentinos provinieron de las escuelas europeas, fundamentalmente francesa y alemana y, últimamente, de la norteamericana. Sin embargo, en distintos

momentos de la historia hubo clasificaciones autóctonas que resultaron de una particular incorporación de ideas de aquellas escuelas, combinadas con aportes locales. Estas propuestas, si bien no fueron adoptadas por todos los especialistas del país, ni se mantuvieron durante mucho tiempo vigentes en el uso cotidiano, ni se prolongaron en una tradición propia a la psiquiatría nacional, constituyeron hitos que es necesario conocer y recordar ya que son un testimonio dejado a los especialistas argentinos por aquellos colegas que asumieron la responsabilidad de acuñar un pensamiento propio de la psiquiatría local.

El largo artículo que ocupa íntegramente este Dossier, presentación inusitada a la que Vertex ha recurrido esta única vez a lo largo de su historia, obedeció a la necesidad de presentar el tema de manera extensa y documentada, otorgando a los diversos autores mencionados el espacio editorial suficiente como para que nuestros lectores pudieran apreciar en los textos originales -algunos muy difíciles de encontrar fuera de la bibliotecas especializadas y a veces incluso ausentes de ellas- los argumentos y principios en los que fundaron sus propuestas nosológicas y nosográficas. Además, en notas al pie se brindan datos biográficos frecuentemente ignorados por los especialistas argentinos, aunque necesarios para situar históricamente la labor de los autores citados. ■

Nosologías y nosografías psiquiátricas argentinas

Juan Carlos Stagnaro

*Profesor regular titular, Depto. de Psiquiatría y Salud Mental,
Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires
Docente e Investigador, Instituto de Historia de la Medicina,
Depto. de Salud Pública y Humanidades, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires
E-mail:jcstagnaro@gmail.com*

Resumen

Desde fines del siglo XIX los psiquiatras argentinos elaboraron clasificaciones de los trastornos psiquiátricos. Esta labor tuvo una originalidad local en diálogo con las polémicas internacionales sobre el tema. El pensamiento de algunos de los argentinos trascendió las fronteras de su país y fue adoptado en la región sudamericana, como fue el caso de la clasificación propuesta por José T. Borda. También hubo anticipaciones históricas que no fueron conocidas en otras latitudes como la categoría oligotimia creada por Enrique Pichon-Rivière antes de la caracterización del autismo infantil precoz realizada por Leo Kanner. En las últimas décadas los psiquiatras argentinos adoptaron las clasificaciones internacionales en boga (DSM y CIE), pero también tuvieron activa participación en la elaboración de una original propuesta regional: la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP-VR 2012), y en las encuestas realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en vistas de la formulación de la futura CIE 11. En este artículo se presentan en detalle las clasificaciones argentinas citando extensamente a sus autores a fin de exponer su pensamiento, y se hacen consideraciones críticas a sus propuestas.

Palabras clave: Nosografías psiquiátricas – Nosologías psiquiátricas – Clasificaciones psiquiátricas – Historia de la psiquiatría argentina.

ARGENTINE PSYCHIATRIC NOSOLOGIES AND NOSOGRAPHIES

Abstract

Since the late 19th century, Argentinean psychiatrists have been developing classifications of psychiatric disorders. Their work has had local originality and fruitful exchange with international controversies on the subject. The thinking of some Argentinean psychiatrists transcended the borders of the country and was adopted in the South American region, as was the case with the classification proposed by José T. Borda. There were also historical anticipations of concepts that were not known in other latitudes: «oligotimia», a category created by Enrique Pichon-Rivière, preceded the characterization of early childhood autism by Leo Kanner. In recent decades, Argentinean psychiatrists have adopted current international classifications (DSM and CIE), but also actively participated in the elaboration of an original regional proposal: the Latin American Guide to Psychiatric Diagnosis (GLADP-VR 2012), and collaborated with the surveys carried out by the World Health Organization (WHO) for the revision of the future ICD 11. This article provides a detailed description of Argentinian classifications, extensively quoting each author to provide a clear understanding of their thinking, as well as critical reviews of their proposals.

Keywords: Psychiatric Nosographies - Psychiatric Nosologies - Psychiatric Classifications - History of Argentinean Psychiatry.

Introducción

El afán por ordenar los hechos de la Naturaleza nació en la cultura occidental desde sus orígenes en la Antigüedad, y tomó un impulso singular desde el Renacimiento y con el surgimiento de la ciencia moderna. Describir diferencias, separar las formas y clasificarlas por sus cualidades sensibles fue la preocupación inicial de quienes se encargaron de inaugurar una nueva mirada sobre el mundo desde esa época. Planetas, minerales, vegetales y animales cayeron bajo el escrutinio de los taxónomos.

En ese contexto no es de extrañar que, desde los griegos, se intentara ordenar a las enfermedades humanas en agrupamientos distintos (nosotaxia). Fue así que la clasificación analítica de las enfermedades o nosología (*nosos*: enfermedad; *logos*: ciencia, tratado) y la nosografía (*nosos*: enfermedad; *graphein*: describir), es decir, ramas de la medicina que tratan de la clasificación, la definición y el estudio de los caracteres distintivos de las enfermedades, constituyeron una preocupación constante de los clínicos.

En la Modernidad la obra de Sydenham, Cullen, Boissier de Sauvages son ejemplos destacados y muy conocidos de esa tarea de sistematización inscripta, como paso inicial, en la pretensión de ir hacia la Naturaleza con el propósito de conocerla y dominarla, a partir de la predicción de sus fenómenos.

Las nosologías y nosografías psiquiátricas, que fueron un dominio más en el que se expresó ese programa, constituyen un tema que abarca, aún hoy, un inmenso número de publicaciones y que, desde el nacimiento de la psiquiatría como especialidad médica en torno a la obra de Pinel, y hasta el DSM 5 y la futura CIE 11, han generado controversias y disputas en el seno de la especialidad.

Sin embargo, siempre existió un hiato, más o menos pronunciado, entre la actividad específica de los nosólogos y nosógrafos y las prácticas cotidianas de los psiquiatras en cuanto a la importancia a darle a ese tópico. En efecto, es muy habitual que los clínicos tomen las clasificaciones como un hecho dado e indiscutible y las apliquen sin preguntarse sobre los supuestos epistemológicos que subyacen a ellas.

En ese sentido, y como introducción al estudio de las clasificaciones propuestas por los psiquiatras argentinos, es necesario hacer algunas puntuaciones sobre esa tarea, en tanto tal, para situar mejor la fundamentación que tuvieron cada una de ellas:

1) A lo largo de la historia de la medicina las clasificaciones médicas pueden agruparse, según los criterios o enfoques que las fundamentan en: I) *Descriptivas*: a) Clínicas (basadas en síntomas o síndromes) y, b) Patocrónicas (basadas en la evolución); II) *Etiopatogénicas* (basadas en causas y mecanismos) y, III) *Anatomopatológicas* (basadas en alteraciones morfológicas). Según los casos, algunas se adscribieron rigurosamente a una de estas formas y otras resultaron de combinaciones más o menos eclécticas.

La mayor parte de las clasificaciones en la historia de la psiquiatría corresponden a I) o combinan I) II) y III) en diversas proporciones (1).

- 2) Las entidades descritas por las nosografías de la psiquiatría en todos los tiempos son constructos arbitrariamente recortados del conjunto de las posibilidades existentes para definir un fenómeno dado, en este caso una enfermedad o un síndrome. Un constructo, es, entonces, un objeto conceptual u objeto ideal, no necesariamente un objeto natural. En consecuencia, aunque es posible estudiar los constructos y sus propiedades conceptuales como si fueran autónomos, no debe suponerse que necesariamente existen realmente, que es el postulado fundamental del idealismo.
- 3) En los orígenes de toda clasificación psiquiátrica hay una teoría psicológica, una teoría del funcionamiento mental, en suma, una teoría del funcionamiento del sujeto humano y sus cualidades. Así, ocurrió con la filosofía escocesa y la Ideología en la conceptualización nosográfica de Pinel, con la psicología científica de Wundt en la de Kraepelin, con la formulación de la noción de Inconsciente en la de Freud, con la Fenomenología en la de Jaspers, con el conductismo y la psicología cognitiva en la serie de los DSM, etcétera.
- 4) En la epistemología médica se diferencian claramente las nociones de síntoma, signo, síndrome, y enfermedad. El síntoma alude a toda manifestación subjetiva de malestar patológico, el signo es una presentación objetivable de ese malestar, un síndrome es una concurrencia más o menos organizada de un conjunto de síntomas y signos que se presentan reunidos en la observación clínica con una frecuencia significativamente mayor que la dada por un simple azar, sin que le pueda ser atribuida una causa precisa; y enfermedad es una entidad a la que se puede atribuir un mecanismo productor (patogenia) o una causa precisa (etiología) o ambas (etiopatogenia) (2).
- 5) La nosografía es la llave de la terapéutica. En efecto, el desarrollo lógico del razonamiento médico parte del diagnóstico, para establecer un tratamiento que devuelva al paciente al estado de salud o al menos evite mayor progresión de la enfermedad y establezca un pronóstico de la evolución del fenómeno. La fundamentación de esta maniobra se origina en el conocimiento descriptivo de los síntomas y signos de las enfermedades y síndromes, y de su posible causalidad confirmados por el estudio previo y acumulativo de casos similares debidamente aislados en sus manifestaciones observables (3).

Desde fines del siglo XIX los especialistas argentinos elaboraron clasificaciones de las enfermedades psiquiátricas. Esta labor tuvo una originalidad local en diálogo con las polémicas internacionales sobre el tema. El pensamiento de algunos de los argentinos trascendió las fronteras de su país y fue adoptado en la región sudamericana, como fue el caso de la clasificación propuesta por José T. Borda. También hubo anticipaciones históricas que no fueron conocidas en otras latitudes como la categoría oligotimia, creada por Enrique Pichon-Rivière antes de la caracterización del autismo infantil precoz realizada por Leo Kanner. En las últimas décadas los psiquiatras argentinos adoptaron las clasificaciones internacionales en boga (DSM y CIE), pero también tuvieron activa parti-

cipación en la elaboración de una original propuesta regional: la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP-VR 2012), y en las encuestas realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en vistas de la formulación de la futura CIE 11.

I Primera nosología psiquiátrica de la Argentina

Durante el mes de diciembre de 1886, tuvo lugar una reunión en el domicilio del Dr. Felipe Solá, médico del Hospital Nacional de Alienadas de la ciudad de Buenos Aires.

Corrían tiempos políticos intensos; Miguel Juárez Celman, candidato del general Julio A. Roca acababa de imponerse en las elecciones presidenciales de octubre. En ese año, Buenos Aires, que contaba ya con 500.000 habitantes, recibió un contingente de casi 100.000 inmigrantes atraídos por una economía que derrochaba optimismo y aparente seguridad. La Agricultura pasó a un primer lugar. El frigorífico y las nuevas técnicas agropecuarias generaron una gran acumulación económica que no fue aprovechada adecuadamente y la dilapidación de su producto, objeto de una especulación desenfrenada, precipitaron una severa crisis económica. En esos años el intendente Torcuato de Alvear, émulo del Barón Haussmann, adornó la capital con bellos edificios públicos, se fundó el Instituto Pasteur, la Asistencia Pública, etc. El flamante alienismo argentino participaba de esa ambiciosa expansión de las élites porteñas, dialogaba con sus colegas europeos y se proponía ocupar un lugar señero entre los países de la región.

A la reunión convocada por Solá asistieron Osvaldo Eguía, director del Hospital Nacional de Alienadas; Antonio Piñero, quien lo sucedería en el cargo años después; el Director del Hospicio de las Mercedes y profesor de la cátedra de Patología Mental, Lucio Meléndez¹; su co-director en la *Revista Médico-Quirúrgica*, el higienista y epidemiólogo Emilio Coni; Domingo Cabred, discípulo y sucesor de Meléndez en la dirección del Hospicio y en la cátedra; Abraham Pérez, Nicolás Ramallo y Miguel Ferreira, quienes se habían distinguido hacía muy poco con sendas tesis sobre la Epilepsia, la Parálisis General y el Delirio, respectivamente (10, 11, 12), y el Dr. Manuel Blancas del Consejo de Higiene (13).

Un año antes Solá había participado del *I Congrès International de Phrénatrie*, que tuvo lugar del 7 al 9 de setiembre de 1885 en la ciudad belga de Amberes. El evento, organizado por la Sociedad de Medicina Mental de Bélgica, reunió a representantes de numerosos paí-

ses para discutir la fisiología y la patología del sistema nervioso, la clínica y la terapéutica de las enfermedades mentales, las relaciones entre locura y crimen y, especialmente, sentar las bases de una buena estadística internacional de alienados (13).

A tal efecto el relator oficial, Dr. Lefèvre, expuso un proyecto de las bases a las que se debía ajustar el censo, haciendo notar las dificultades con las que se toparía la empresa propuesta. Lefèvre señaló, en primer lugar, que era indispensable previamente “uniformar opiniones sobre la clasificación de las variadas formas de enfermedades mentales, clasificación que tendría que ser la base de dicha estadística”. El relator “afirma juiciosamente –dice Cabred en la *Revista Médico-Quirúrgica* comentando el informe del Congreso– que no obstante existir diversas clasificaciones, tantas casi como autores se han ocupado de psiquiatría, estamos hoy bastante adelantados, para aceptar, por lo menos, ciertas formas principales respecto de cuya significación los alienistas de todos los países se hallan máximamente de acuerdo” (14), enumerando a continuación las categorías que podían constituir las bases de una clasificación como punto de partida para la discusión en los diversos países:

- Idiotas (imbecilidad mental, cretinismo).
- Demencia simple (primitiva y consecutiva).
- Manía y melancolía (demencia consecutiva).
- Delirio agudo y crónico (comprende casos de trastorno primitivo o consecutivo en las ideas).
- Locura moral (comprende locuras impulsivas y por obsesión).
- Alienaciones mentales complicadas por: parálisis, epilepsia, histeria, tumores cerebrales.
- Alienación por intoxicación (indicación del agente tóxico).

“Los cinco primeros pueden denominarse locuras orgánicas y son dependientes de alteraciones anatómo-patológicas manifiestas y los tres últimos, carentes de lesiones materiales definidas, pueden agruparse bajo la designación de neurosis”.²

Los miembros del Congreso de Amberes aprobaron la iniciativa aceptando la enumeración de Lefèvre como orientación general y solicitaron a los presentes que, vueltos a sus respectivos países, elaboraran con sus colegas sus propias nosografías y las remitieran a la Sociedad belga para su compatibilización, a fin de crear un listado final consensuado. Simultáneamente, se nombró una comisión internacional que debía recibir los diversos aportes y preparar una síntesis a ser presentada para su aprobación en el *Congrès International de Médecine Mentale* que debía celebrarse en París en agosto de 1889³, coincidentemente con la *10ème Exposition universelle* a celebrarse en el marco del centenario de la Revolución Francesa.

¹ En 1884 la Facultad de Medicina había creado varias asignaturas; entre ellas la de Patología Mental que le fue adjudicada a Lucio Meléndez en 1886. En mayo de 1887 se inauguraron las nuevas instalaciones del Hospicio de las Mercedes ya dirigido por Meléndez desde hacía diez años (4, 5, 6, 7, 8, 9).

² S. Caponi hace notar que la enumeración de Lefèvre es muy similar a la clasificación de enfermedades mentales de Valentin Magnan, de 1882, que era “un ejemplo perfecto de clasificación mixta, donde se conjugaban y articulaban los cuatros elementos que servían de base a las otras clasificaciones conocidas a la sazón: la etiología, la anatomía patológica, la sintomatología clínica y la evolución mórbida” (15).

³ La comisión estuvo formada por: Morel (Bélgica), Hack-Tuke (Gran Bretaña), Ramaer (Holanda), Steenberg (países escandinavos), Magnan (Francia), Willea (Suiza), Verga (Italia), Gusttsadt (Alemania), Mierzejewskia (Rusia), Clark-Bell (América del Norte) y Solá (América Meridional). La América Meridional contaba con dos delegados por México, dos por Brasil y uno, Solá, por Perú, Chile y Argentina, quien representaba simultáneamente a toda la región (16).

La propuesta nosográfica porteña

Durante la reunión en la casa del Dr. Solá, Meléndez, líder indiscutido del grupo⁴, fue encargado de redactar, junto a Emilio Coni, el informe final del grupo (13).



Lucio Meléndez
(1844-1801)

En él, fechado el 4 de enero de 1887 y aparecido enseguida en la *Revista Médico-Quirúrgica*, que ambos dirigían, presentaron la siguiente propuesta de Clasificación de Enfermedades Mentales (21):

Locuras maníacas	Excitación maníaca Manía aguda - crónica - religiosa - razonadora Delirio agudo
Locuras lipemaniacas	Melancolía Estupor melancólico Delirio de las persecuciones Demonofobia Agorafobia Delirios impulsivos
Locuras tóxicas	Alcoholismo Morfinismo Saturnismo Nicotismo Hachicismo
Locuras orgánicas	Locura paralítica Idiotismo Cretinismo Demencia Seudo-parálisis sifilítica Epiléptica
Locuras neuropáticas	Histérica Coreica Ecláptica (sic)
Locuras mixtas	Locura circular

En los listados de diagnósticos del Hospital de las Mercedes, utilizados por Samuel Gache para establecer su estadística de la locura en Buenos Aires de 1878, aparece casi la misma selección de categorías clínicas (17). Esto demuestra que ellas eran cotejadas, desde hacía varios años, con la experiencia cotidiana en el Hospicio y que la comunicación de 1887 constituye la primera formalización oficial de dicha práctica local.

Es de destacar que si bien la nosología propuesta en Buenos Aires reúne categorías clínicas provenientes del espacio lingüístico franco-alemán del alienismo, no coincide exactamente con ninguno de los autores en boga haciendo, por el contrario, una selección y una combinatoria propias del pensamiento de los especialistas porteños.

En efecto, un análisis de la bibliografía que inspira las tesis de doctorado aprobadas en la Facultad de Medicina de esos años incluye las obras de Pinel, Esquirol, Leuret, Gall, Griesinger, Laségue, Legrand du Saulle, Baillarger, Brierre de Boismont y, especialmente, a las de Auguste Voisin -cuyas "*Leçons cliniques*" (22), publicadas en 1876, influyeron particularmente en Meléndez, a las de Morel con su teoría de la degeneración, a las de Luys y a las de Ghislain⁵. Pero la lectura de dichas tesis, así como las consideraciones que acompañan la presentación de casos clínicos, que Meléndez publica durante años en la *Revista Médico-Quirúrgica*, denotan una incorporación de conceptos del consenso internacional que seleccionados críticamente a través de su testeo clínico, y combinados con observaciones de la casuística local, dejan como saldo un pensamiento psiquiátrico con perfil propio (13).

La nosografía que acuña la Comisión Argentina se propone "... reducir al menor número posible de grupos todas aquellas locuras que han sido clasificadas ya sea desde el punto de vista sintomático, anatómico o etiológico, pero teniendo en cuenta todos estos elementos a la vez, que deben servir indispensablemente, en nuestro concepto, de fundamento a toda clasificación científica y práctica" (14).

El primer grupo, entienden los alienistas argentinos, es producido por hiperemias del cerebro y sus envolturas, como las había descrito Luys en 1881 recapitulando otros autores, y se caracteriza por una sobreexcitación de las facultades mentales y locomotrices. Se incluyen en él la forma maníaca aguda y crónica junto a dos subcategorías, de entre las muchas creadas por Guislain: la religiosa y la razonadora, esta última coincidente con la monomanía razonante de Esquirol, que corresponde según Bercherie, sobre todo, a lo que actualmente llamamos accesos de hipomanía. Por último el delirio agudo debido a causas simpáticas (como el delirio febril, etc.) o a lesiones (golpes craneanos, hemorragias cerebrales, etc.) que sigue la descripción ya clásica de Georget (13).

⁴ Lucio Meléndez nació el 2 de marzo de 1844 en la ciudad de La Rioja. Ingresó a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en 1865. Obtuvo el título de médico en 1872. En 1875, fue nombrado profesor sustituto de Clínica de las Enfermedades de la Piel y Sifilíticas, y al año siguiente, en 1876, catedrático sustituto de Nosografía Quirúrgica. En 1876, luego de algunos años de desempeñarse como Médico de Cárceles, sucedió al Dr. José María Uriarte, en el cargo de Director del Hospicio de San Buenaventura. Durante la gestión de Meléndez al frente del Hospicio se llevó una minuciosa estadística, se realizaron obras de ampliación y el 5 de mayo de 1887, se inauguró el nuevo Hospicio de las Mercedes. En 1884 la Academia de Medicina creó nuevas cátedras, entre ellas la de Patología Mental. Meléndez fue nombrado, en 1886, en el cargo de profesor titular, y fue así el primer profesor de dicha unidad académica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Falleció el 7 de diciembre de 1901, a la edad de cincuenta y siete años (20).

⁵ Son ejemplos de ello las tesis de Pérez (10), Ramallo (11) y Ferreyra (12) ya mencionadas (*vide supra*), así como las de Juan Elías Chilotey (1882) (23); Manuel Vasallo (1884) (24); Benjamín Cortina (1886) (25) y Víctor R. Alzugaray (1886) (26).

El segundo grupo cuyo título, Lipemanías, denuncia un resto de la nomenclatura esquiroliana, a la sazón abandonada en Europa, no consigna etiología. Son las vesanías puras de los autores alemanes; los argentinos las categorizan como locuras primitivas y se manifiestan clínicamente con un delirio triste, total o parcial, con períodos lúcidos o sin ellos, curando más raramente que el grupo anterior. El delirio de las persecuciones incluido aquí denota la aceptación del cuadro tal como lo concibió Laségue. Las locuras tóxicas siguen las descripciones de Moreau de Tours. Se señalan los riesgos de dependencia y las lesiones del S. N. C. por el abuso crónico de sustancias tóxicas (13).

El cuarto grupo aúna las locuras orgánicas por malformaciones, lesiones anatómicas, como la locura parálitica o parálisis general, o las abiotrofias demenciales (13).

El quinto grupo se vincula etiológicamente con la herencia en el sentido de la degeneración de Morel y Magnan y agrupa enfermedades generadas por neurosis "de tipo intermitente o periódicas por lo general de larga duración" (14).

Por fin, la combinación de formas anteriores explicaría las locuras mixtas del sexto grupo cuyo paradigma es la locura circular aislada por Jean-Pierre Falret.

En esta doctrina de las Enfermedades Mentales los alienistas argentinos dejan plasmados los postulados consensuados de su práctica (13).

Transcurre ese período "que va desde 1876, año del informe de Westphal sobre la paranoia, hasta los años 1910 en el que las nuevas ideas surgidas de la psicología dinámica y la fenomenología comienzan a penetrar y a conmover las concepciones clásicas en Psiquiatría" (27). Es la etapa que Bercherie llama de la Clínica de las Enfermedades Mentales y que para Georges Lanteri-Laura corresponde la del Paradigma de las Enfermedades Mentales (27, 28). La psiquiatría pertenece a la medicina y ésta se piensa desde el más riguroso positivismo. Los alienistas argentinos demuestran, en las producciones que analizamos, que todos los presupuestos teóricos para entrar en ella han sido originalmente incorporados a su práctica dando muestras de una vigorosa actividad intelectual.

Se puede afirmar, como lo hemos hecho en otra publicación, que en las dos décadas que van desde 1879 a 1890, no son voluntades o talentos aislados -como describen algunos historiadores románticos de la especialidad- los que ejercen el alienismo porteño; tampoco son solamente meros epígonos del pensamiento europeo, sino que se constituye plenamente en Buenos Aires un grupo de especialistas que reúne las características propias de una verdadera escuela, una matriz disciplinar (diría la epistemología moderna) que los contiene y organiza (13).

En efecto, todas las condiciones para conformarlo están presentes; una doctrina común expresada en la nosografía que acabamos de describir, una organización

y un lugar de reunión y trabajo brindados por la estructura hospitalaria de los loqueros de Buenos Aires, una instancia de enseñanza teórica en la Cátedra de Patología Mental y práctica en el Hospicio de las Mercedes, una publicación: la *Revista Médico-Quirúrgica*, relaciones internacionales coordinadas con otros grupos de investigadores y clínicos y un jefe, Lucio Meléndez, cuya sucesión aseguraría Domingo Cabred.

Entre el congreso de Amberes y el de París enviaron sus propuestas nosográficas Alemania, Gran Bretaña, Bélgica, Estados Unidos, Rusia, Suecia, Italia, Dinamarca y América del Sur, ésta última con una síntesis regional resultante de un consenso entre las delegaciones de México, Brasil, Chile, Perú y Argentina (16). A pesar de ser el país anfitrión del Congreso, tras un acalorado debate que duró un año, sin que los miembros de la *Société Médico-Psychologique* alcanzaran un acuerdo, Francia no presentó su aporte (15).

La sesión de apertura del *Congrès International de Médecine Mentale* de París se intituló: *Des bases d'une bonne statistique internationale des Aliénés. Rapport sur les travaux des délégués de la Commission internationale nommée au Congrès d'Anvers en 1885*.⁶

Este evento constituyó, muy probablemente, el primer esbozo de estudio internacional multicéntrico de las enfermedades mentales y el primer intento de subordinar una clasificación psiquiátrica a criterios estadísticos.⁷ Para responder a ese desafío desde Argentina fue que Solá, encargado de recabar las informaciones provenientes de la región de América del Sur, reunió a sus colegas aquella tarde de diciembre de 1886.

La propuesta de los sudamericanos no fue adoptada por los asistentes al Congreso de París. Aparentemente la subsistencia de categorías ya abandonadas en Europa, particularmente la noción esquiroliana de Lipemanía, condujo a desecharla.

Finalmente, los miembros del congreso adoptaron por unanimidad un listado nosológico que incluyó solamente las patologías que se repetían en todos los aportes nacionales y regionales recibidos y excluía aquellos que aparecían solo en algunos de ellas. La lista final fue presentada por Jules Morel y constaba de los siguientes cuadros patológicos (citado en 15):

- 1° Manía.
- 2° Melancolía.
- 3° Locura periódica.
- 4° Locura sistemática progresiva.
- 5° Demencia furiosa.
- 6° Demencia senil u orgánica.
- 7° Parálisis general.
- 8° Locuras nerviosas (histeria, epilepsia, hipocondría).
- 9° Locuras tóxicas.
- 10° Locura Moral e impulsiva.
- 11° Idiocia, imbecilidad, etc.

⁶ Morel, Jules en Ritti, A: *Actes du Congrès Internationale de Médecine Mentale, tenu à Paris, du 5 au 10 août 1889. Paris : Masson, 1889*. Citado en (16).

⁷ Debe recordarse que el recurso a las estadísticas de pacientes internados se remonta a la obra de Pinel, Esquirol y otros autores. En la Argentina Samuel Gache (17,18) y Lucio Meléndez y Emilio Coni habían hecho lo propio con sus estudios sobre la locura en la ciudad de Buenos Aires y la región bonaerense (19).

De esa manera todos los delegados aceptaron que lo mejor era adoptar una clasificación basada en criterios clínicos, es decir, sindrómica, descriptiva, evitando, por imposible en ese momento, zanjar las controversias acerca de la etiología, las bases anatomopatológicas y la evolución de las enfermedades mentales.

El argentino Domingo Cabred intentó, durante el debate, hacer una encendida defensa de la teoría de la degeneración, formulada por Benjamín Morel en su *Traité des dégénérescences...* (29), pero su argumentación fue desechada tajante y despectivamente por Alphonse Charpentier, eminente alienista del hospital Parisino de Bicêtre, por considerarla carente de científicidad (16).

El principio que alentó a los congresistas de 1889, de crear un consenso simple y ágil de cuadros sintomáticos basados en la estadística a fin de generar un lenguaje común, como bien señala S. Caponi, (16) fue muy discutido en las décadas subsiguientes y su clasificación quedó en desuso, pero resurgió hacia fines del siglo pasado y viene hegemonizando las nosologías psiquiátricas desde la aparición, en 1980, del DSM III de la *American Psychiatric Association*.

II

La Clasificación nacional de enfermedades mentales de José T. Borda

Desde el intento de clasificación presentada por los alienistas del grupo de Meléndez, la producción local de una nosología propia decayó y los especialistas adoptaron las diversas formas de clasificar que presentaron las escuelas y autores europeos, predominantemente franceses e italianos. Hacia fines del siglo XIX y las primeras décadas del XX estuvieron en boga en Buenos Aires las referencias nosológicas y nosográficas aparecidas en las obras de Emile Sergent (30), Paul Guiraud (31) y Joseph Rogues de Fursac (32), entre otros, como se verá más adelante.

En octubre de 1922 el doctor José Tiburcio Borda presentó ante la Subsección de Neurología y Psiquiatría del II Congreso Nacional de Medicina su clasificación de las enfermedades mentales. Los miembros de ese estamento la aprobaron por unanimidad, expidiéndose en los siguientes términos: "El II Congreso Nacional de Medicina acepta como Nacional, la clasificación de enfermedades mentales propuesta por el Dr. José T. Borda" (33).⁸

En su ponencia ante ese grupo de especialistas el autor⁹ describió el enfoque y los alcances de su propuesta en los términos siguientes:

"Esta clasificación no tiene la pretensión de ser perfecta; tiende únicamente a armonizar, en lo posible, con

los conocimientos actuales que poseemos en psiquiatría. Comprendo que ella no puede estar exenta de críticas, pues el concepto variable de carácter doctrinario o individual que cada observador pueda tener, sobre tales o cuales estados psicopáticos tiene que acarrear forzosamente dificultades para el establecimiento de un criterio uniforme en materia de clasificación. Hay muchos, por ejemplo, que no aceptan que la manía y la melancolía pueden presentarse, en ciertos casos, como entidades mórbidas sino como síndromes sintomáticos de otros estados patológicos o como formando parte de las locuras periódicas englobadas por Kraepelin bajo la designación de locura maníaco-depresiva y por consiguiente no tendrían por qué figurar como formas independientes.

Si bien es cierto que los estados de manía y de melancolía con mucha frecuencia se presentan como sintomáticos, hay casos, sin embargo, en que, como la experiencia demuestra, no se puede menos que aceptarlos como entidades patológicas. Son mucho más raros, indudablemente, que en otros tiempos, pero eso se explica fácilmente teniendo en cuenta que antes, cuando menos adelantada estaba la psiquiatría, se englobaban manifestaciones clínicas distintas que no tenían sino una semejanza aparente. Es así que hoy se puede separar perfectamente la manía y la melancolía ligadas a la intoxicación alcohólica, por ejemplo, que en otra época figurarían indudablemente como entidades autónomas, pues de otra manera no se podría explicar su frecuencia en tales tiempos.

Pero quedan, como ya se ha manifestado, estados de manía y de melancolía en que no es posible hallar otra afección a la cual pudieran estar ligados y entonces es forzoso incluirlos en el cuadro de las clasificaciones por lo menos por ahora hasta tanto que la evolución de los conocimientos psiquiátricos no se pronuncien en contra de esta manera de ver.



José T. Borda
(1869-1936)

Por otra parte, el concepto nuevo que los sabios maestros han venido teniendo sobre estados sindrómicos determinados, les ha llevado a separar a muchos de ellos agrupándoles las entidades mórbidas, guiados por un criterio altamente científico, cual es el de la evolución. Así, por ejemplo tenemos que Kraepelin al crear su doctrina de la Demencia Precoz, ha tenido en cuenta

⁸ La clasificación de J. T. Borda fue adoptada por la mayoría de los países sudamericanos (8).

⁹ Borda nació en Goya, provincia de Corrientes, el 28 de enero de 1869, realizó los estudios primarios y secundarios en su ciudad natal e ingresó a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires, en 1891, de la que egresó en 1896. Luego de su tesis doctoral "*Algunas consideraciones sobre el pronóstico de la alienación mental*", que escribió bajo la dirección del profesor José Penna, y que resumía su experiencia médica entre los años 1892 y 1896, produjo otras importantes obras de temática anatomopatológica. Trabajó y vivió en el Hospicio de las Mercedes -adonde entró como practicante menor interno en 1891- hasta su jubilación como profesor de la Cátedra en 1930, año en el que ingresó en la Academia Nacional de Medicina. Fue Jefe de Clínica desde 1899 hasta 1916, bajo la dirección del Hospicio ejercida por su maestro Domingo Cabred; inició su carrera docente en la Universidad de Buenos Aires como profesor suplente de Clínica Psiquiátrica, cargo que desempeñó desde 1902 hasta 1922, fecha en la que fue designado Profesor Titular. En ese nosocomio conoció y fue discípulo durante once años de Cristofredo Jakob, quien lo formó en la teoría que relaciona la clínica con la anatomía patológica del encéfalo como explicación de las enfermedades mentales. Borda falleció en Buenos Aires el 6 de septiembre de 1936 (20).

el hecho, que le ha dado su experiencia, de que muchos estados psicopáticos de aspectos diferentes esparcidos sin ubicación definida en el cuadro de las clasificaciones estaban ligados entre sí por una manera idéntica de evolucionar, teniendo por base un síndrome común que era la demencia.

Habiendo sido aceptado universalmente este nuevo concepto doctrinario de hecho, han tenido que modificarse las clasificaciones anteriores, en las cuales, como es natural, no figuraba la demencia precoz y sí sus distintas formas sindrómicas como otros tantos estados independientes y ubicados, según el criterio de cada observador, en sitios variables de aquellas, es decir, de las clasificaciones.

La clasificación que someto a la consideración de este Congreso no tiene pretensión mayor, como ya he dicho e indudablemente ha de adolecer de muchos defectos; al presentarla me ha guiado el propósito principal de hacer conocer, de los que tengan interés por esta cuestión, una nomenclatura determinada de las enfermedades mentales, la que he puesto en práctica en el plan de enseñanza que he desarrollado en nuestra escuela, facilitando al alumno, con su sencillez, un conocimiento práctico de la materia, de modo que pueda orientarse con claro criterio en todas las cuestiones que se le puedan presentar en su vida profesional.

A mi manera de ver, esta clasificación tendría de práctica, desde luego, el hecho de que se establece en ella (dejando por el momento aparte las psicopatías congénitas) una separación neta entre afecciones mentales que dependen de lesiones cerebrales irreparables y afecciones mentales que no obedecen a lesiones cerebrales por lo menos reconocibles con la ayuda de nuestros medios actuales de investigación o que también obedeciendo a lesiones tales o cuales, ellas, sin embargo, pueden ser reparables (locuras toxinfeciosas).

Como tales, las demencias tienen un substratum anatomopatológico evidente y estable, solo más o menos variables según los casos, todas ellas aparecen agrupadas entonces en una gran familia, cuyos miembros no serían sino las distintas formas de ella misma, pudiéndose afirmar, de paso, sin exageración, que esta gran familia es la que abarca mayor extensión en el campo de las enfermedades mentales y quedando su situación definida, bajo bases sólidas, en el cuadro de las psicopatologías, ya es un gran paso que se da en este ensayo de clasificación.

Donde surgen las dificultades para hacer demarcaciones netas es en el terreno de las locuras llamadas *funcionales*, en el que las doctrinas diversas y el criterio de cada observador están muchas veces en pugna. Pero, de acuerdo con la manera de encarar la cuestión de unos y otros, y con la experiencia propia, he tratado de formar los grupos que, a mi manera de ver, se ajustan más a la realidad clínica, tanto por su evolución como por su pronóstico. Ya se ha explicado en otro lugar, porqué es que la manía y la melancolía esenciales, aunque más raras cada día, deben figurar todavía como entidades mórbidas. En lo que respecta a las *locuras periódicas* se puede decir que la doctrina en que ellas se apoyan no está reñida con el concepto nuevo de la *locura maníaco-depresiva*; esta no viene a ser sino una simplificación de aquellas; en la una y en las otras prima el mismo criterio evolutivo.

En cuanto a los delirios sistematizados se impone, como es de práctica, hacer el deslinde entre el de evolución progresiva por etapas y los de los degenerados hereditarios.

Para terminar diré que no me es ajeno el hecho de que esta clasificación deja una puerta abierta a algunas objeciones, las que para evitarlas, pienso que todo empeño de parte mía sería en vano. Desde luego puede acontecer que una psicopatía que figura en el grupo de las que se desarrollan en sujetos normalmente constituidos, un delirio alcohólico, una demencia precoz, por ejemplo, pueda estallar también en un sujeto degenerado hereditario; pero no habría otra manera de armonizar los casos sino reservando para el grupo de las psicopatías de los *degenerados hereditarios* todos aquellos delirios que le son propios por todas sus características, en que el factor generación es lo primordial" (citado en 34).

Malfati y Salvatti consideran que la clasificación de Borda es la que mejor se adapta al estado de los conocimientos en la época en que publican las tres primeras ediciones de su libro de texto (1926-1931) (34).

En ella Borda comienza por dividir las formas de la alienación en dos grandes grupos: la *alienación mental congénita* y la *adquirida*. En el primero incluye los distintos niveles de la idiocia (idiotas propiamente dichos, imbeciles y pobres de espíritu) y a todas las detenciones del desarrollo psíquico producidas por diversas encefalopatías que ocasionan un déficit de desarrollo cerebral y se traducen clínicamente por una sintomatología análoga a la de los idiotas congénitos, son las idiocias adquiridas.

La alienación mental adquirida según la predisposición que presenten los individuos a ella se divide en dos grupos: a) *alienación mental en sujetos desarmónicamente constituidos* (que nacen con estigmas físicos y psíquicos de degeneración, son los degenerados hereditarios, en los que juega un papel determinante la herencia) y b) *alienación mental en sujetos armónicamente constituidos*.

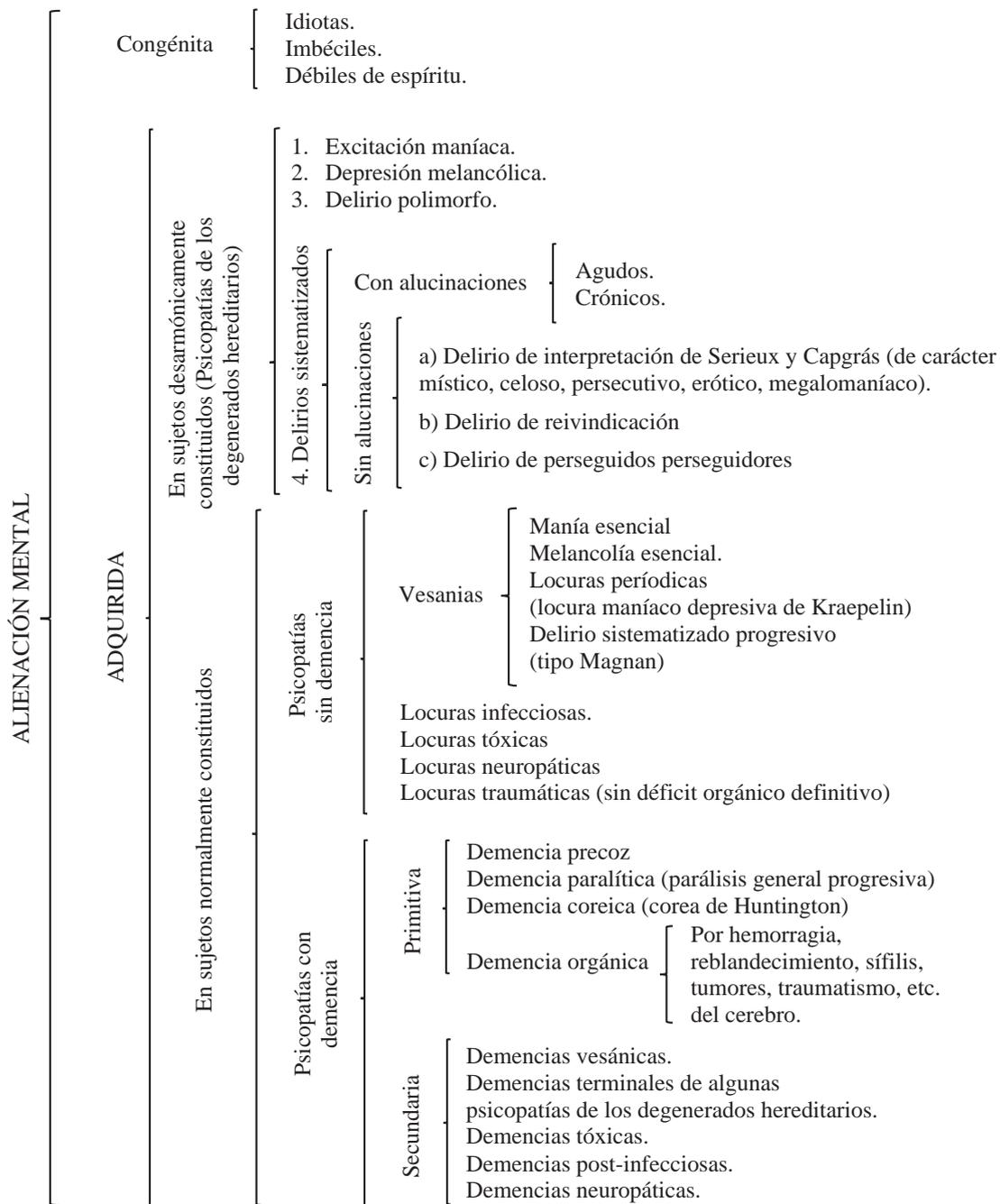
La alienación mental en sujetos desarmónicamente constituidos presenta distintas modalidades de sintomatología y evolución:

1. Excitación maniaca.
2. Depresión melancólica.
3. Delirio polimorfo.
4. Delirios sistematizados con alucinaciones (agudos y crónicos) y sin alucinaciones: Delirio de interpretación de Serieux y Capgrás (de carácter persecutorio, místico, erótico, celoso, megalomaniaco); Delirio de reivindicación y Delirio de los perseguidos-perseguidores.

El grupo b) Alienados con cerebro normalmente constituido, incluye dos formas: psicopatías sin demencia y psicopatías con demencia.

Las psicopatías sin demencia engloban las locuras vesánicas, las tóxicas, las infecciosas, las post-infecciosas y las neuropáticas. Las psicopatías con demencia se dividen, para Borda, en primitivas y secundarias. Las primeras llevan desde el inicio el sello demencial, mientras que las segundas son consecutivas a estados sin déficit mental, en la que se instala posteriormente la demencia.

El cuadro sinóptico siguiente resume la presentación de Borda:



La lectura atenta de las categorías utilizadas por Bor-da muestra como principio ordenador el criterio anatomo-patológico. Es en la afección demostrable del tejido neural o en la ausencia de la misma que se funda la diferencia fundamental entre las distintas enfermedades. Sin embargo, emplea la diferenciación armónico (normal)/disarmónico a través del prisma de la degeneración, el cual no estuvo nunca suficientemente aclarado como para constituir un criterio clasificatorio básico. Además,

y a medida que se avanza en las diferentes ramas de la clasificación, entre las categorías que utiliza, se puede observar la adopción de criterios etiológicos tanto constitucionales y degenerativos, como psicológicos descriptivos y clínicos, en una serie de divisiones y subdivisiones que carecen de un principio uniforme de ordenamiento. De allí también que le sea imposible ubicar en su clasificación ciertos cuadros muy típicos y frecuentes incluidos en otras nosografías como la psicastenia y la histeria.

III Arturo Ameghino



**Arturo Ameghino
(1869-1948)**

Arturo Ameghino¹⁰ dividía a los enfermos en dos grandes grupos sindrómicos: *funcionales*, denominados así por no encontrarse en ellos lesiones anatomopatológicas responsables del cuadro y *orgánicos*, que incluían a los sujetos con lesiones anatomopatológicas del cerebro causantes de la enfermedad; señalando que los del primer grupo podían llegar a formar parte del segundo. En el primer grupo coloca tres síndromes: maníaco, melancólico y delirante; mientras que en el segundo ubica la confusión mental, las demencias y la frenastenias; constituyendo, en total, seis síndromes (Citado en 35).

I. FUNCIONALES	1. Manía		
	2. Melancolía		
	3. Delirios		
	4. Confusión mental		
II. ORGÁNICAS	5. Demencias	A. Primitivas	a. Precoz b. Senil c. Paralítica d. Coreica e. Focales
		B. Secundarias	a. <i>Vesánicas</i> (son los enfermos de los síndromes 1, 2 y 3 cuando caen en estado demencial). b. <i>Postconfusionales</i>
	6. Frenastenias		

La clasificación de Ameghino, como se puede apreciar, adoptó un criterio sindrómico. Tal preferencia puede vincularse a su pasaje formativo por Francia y su contacto permanente y sostenido con el medio de espe-

cialistas de ese país en el que, siguiendo las enseñanzas de Levy-Valensi (144), dominaba el enfoque sindrómico para la clasificación de las enfermedades mentales.

¹⁰ Arturo Ameghino nació en la ciudad de La Plata, provincia de Buenos Aires, el 14 de julio de 1880 y falleció en 1948. Completó sus estudios de medicina en la Universidad de Buenos Aires y luego viajó a Francia donde realizó sus estudios neuropsiquiátricos entre 1911 y 1914 en los cursos dictados por el neurólogo Joseph Jules Dejerine y el psiquiatra Ernest Dupré en la Universidad de París, adonde adquirió una aguada técnica para el examen semiológico, que completo como agregado en el laboratorio de Villeton en la Facultad de Medicina de la Universidad de Montpellier y en los cursos de Joseph Grasset. A su regreso al país fue designado Jefe de Clínica Neurológica de la Facultad de Medicina (1915-16) y un año después Jefe de la Sección de Psicología Experimental del Laboratorio de la Cátedra de Psiquiatría (1917-31) cuya titularidad era ejercida por José T. Borda. En 1920 fue nombrado Adscripto a la cátedra y, en 1935, Docente Libre y, enseguida, profesor Suplente. Durante ese periodo fue Médico Interno del Hospicio de Las Mercedes. En 1931 asumió el cargo de profesor titular de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, cargo que ocupó hasta 1943. En 1927 fundó la *Revista Argentina de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, también fue miembro fundador de la Sociedad de Medicina Legal y Toxicología de Buenos Aires (1927) y de la Sociedad Argentina de Neurología y Psiquiatría (1923), de la cual fue presidente en 1927-28 (7).

IV

Gonzalo Bosch y Lanfranco Ciampi

En 1930 Gonzalo Bosch¹¹ y Lanfranco Ciampi¹², a la sazón profesores de psiquiatría y de neuropsiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de Rosario, respectivamente, publicaron en el *Boletín del Instituto Psiquiátrico* de dicha Facultad, una propuesta de clasificación de las enfermedades mentales (36).¹³

Al tiempo que advierten en su artículo sobre lo difícil y casi imposible que significaba aceptar tal desafío, argumentan que todo esfuerzo era imprescindible dado lo urgente de contar con tal herramienta en el estado de los atrasados conocimientos psiquiátricos de su época en relación con las demás especialidades médicas, y que para que tal empresa fuera de utilidad debía ser “Una clasificación científica de las enfermedades mentales”. Es decir, “...que la clasificación debe ser el lenguaje corriente de nuestra ciencia y que, para entendernos alguna vez, tenemos por fuerza que admitir su idioma claro y comprensivo, dentro de lo relativo e imperfecto, si se quiere, de las expresiones en general. [...] Necesitamos, pues, adoptar una terminología clara y una clasificación uniforme para entendernos y con esto lograremos, quizá, que nuestros trabajos puedan ser justamente apreciados y nuestros argumentos usados en discusiones, bien interpretados” (36).

A continuación, los autores analizan detalladamente los obstáculos que se presentan para elaborar una clasificación científica, analizan los datos que podía proporcionar la medicina y descartan ciertos criterios de clasificación usados hasta entonces.

En primer lugar señalan que “La dificultad de sistematizar las enfermedades mentales, se debe a veces, a que nos falta el conocimiento de los factores etiológicos, que se desconocen las lesiones anatómicas e histológi-

cas o las alteraciones humorales” [y] “También porque encontramos cuadros nosológicos, atribuidos a distintas entidades morbosas, o síndromes cuya anatomía es al mismo tiempo negada por unos y sostenida por otros; y expresados (los mismos síndromes) con términos diferentes y ni siquiera equivalentes”¹⁴ (36).

A fin de encontrar un respaldo científico para arribar a conclusiones ciertas la psiquiatría debe apoyarse en la medicina general y, para ello, Bosch y Ciampi consultaron “... los tratados más modernos de patología y clínica médica, a fin de apreciar las corrientes que ordenan las clasificaciones de las enfermedades en general, con el propósito de aplicar los criterios que las fundamentan y de adaptarlos en lo posible a nuestra especialidad”¹⁵ (36). De esa búsqueda, extraen principios a los que le asignan particular importancia para elaborar su clasificación psiquiátrica:

1) En primer lugar constatan que “Los límites entre el estado de salud y de enfermedad, no son tan netos como puede creerse, siendo imposible la delimitación en algunos casos. Esta comprobación ha creado el concepto de “salud relativa” y la llamada ‘patología constitucional’ que alguien ha denominado también creemos sin ningún humorismo ‘la clínica de los sanos’” (36).



Gonzalo Bosch
(1885-1965)

2) En segundo lugar, entienden que “Hay que establecer una, distinción entre el síndrome clínico y la entidad morbo, con autonomía propia”, y, por lo tanto, concluyen que “Para diferenciar el síndrome de la en-

¹¹ Gonzalo Bosch nació en Buenos Aires, en 1885 y falleció en la misma ciudad en 1967. Fue sobrino nieto de Buenaventura Bosch, uno de los fundadores del Hospicio de San Buenaventura. Cursó sus estudios secundarios en el Instituto Libre de Segunda Enseñanza y se graduó como médico en 1913 en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, con la tesis intitulada: *Examen morfológico del alienado*. Fue director del Hospicio de las Mercedes entre los años 1931 y 1947, Director de la Colonia Nacional de Alienados “Dr. Domingo Cabred” y Presidente en dos oportunidades de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal, y Vicepresidente 1º de la “Asociación Argentina de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social”, desde 1933. Desarrolló una ininterrumpida carrera docente que comenzó como Docente Libre, luego continuó como Profesor Adjunto y, desde 1943 hasta 1953, como Profesor Titular de Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Buenos Aires, después de haber ocupado ese puesto en la Universidad del Litoral. Entre otros destacados docentes contó con la colaboración de Mauricio Goldenberg que inició y culminó su formación psiquiátrica junto a Bosch y Carlos Pereyra. En 1938 fue elegido miembro titular de la Academia Nacional de Medicina. Bosch fue también fundador de la Liga Argentina de Higiene Mental, junto a Lanfranco Ciampi y otros destacados psiquiatras argentinos (20).

¹² El psiquiatra italiano Lanfranco Ciampi, nació en San Vito in Monte el 21 de febrero de 1885. Fue director del Hospital Psiquiátrico de Rosario y profesor de Psicopatología Infantil y Psicología Experimental en la Facultad de Medicina de la misma ciudad.

Junto a Gonzalo Bosch organizó el Comité Regional de la Liga Argentina de Higiene Mental en 1930. Pionero en el desarrollo de la psiquiatría infantil, Ciampi se especializó en Italia en el trabajo con niños deficientes y retrasados, adonde trabajó, entre 1905 y 1919, en el Instituto Médico-pedagógico de Roma, bajo la dirección del célebre alienista Sante De Sanctis, Debido a su fama en la especialidad fue convocado para instalarse en Rosario por el Dr. Agudo Ávila, para dirigir en nuestro país, la primera Cátedra de Psiquiatría Infantil siguiendo la corriente neuro-psiquiátrica de su maestro romano. Dicha cátedra ha sido reconocida en todo el mundo como la primera cátedra oficial de psiquiatría infantil dentro de la organización de un programa de estudios universitarios. Ciampi falleció en Buenos Aires, adonde pasó la últimos años de su vida, en 1962 (20).

¹³ Bosch y Ciampi respondían así a la resolución surgida de la Primera Conferencia Latino-Americana en la que se instaba a la elaboración de una clasificación regional de las enfermedades mentales (37). Los autores de Rosario se muestran en el artículo publicado en el *Boletín* de la Facultad “Convencidos de esta necesidad y de que debe América latina -unida ya por lazos intelectuales- adoptar una clasificación única” [y por ello se presentan] “... con este trabajo sintético de acuerdo a la índole que lo lleva, a objeto de que sea discutido, comentado, aumentado o corregido, siempre que con ello nos sea dado obtener, en beneficio de la especialidad, lo que tan animosamente intentamos” [porque] “... insistimos que es necesario imponer, cuanto antes, una clasificación latinoamericana de las enfermedades mentales”.

¹⁴ Una preocupación que ya había suscitado en Philippe Chaslin, en 1914, la pregunta que sirvió de título a uno de sus más recordados trabajos: La “psychiatrie” est-elle une langue bien faite? (38) y que ha inquietado a los psiquiatras a lo largo de la historia de la especialidad desde Pinel hasta el DSM (39).

¹⁵ Abundando en ese concepto Bosch afirmaba en otro artículo del *Boletín*: “... debemos recostarnos en la Clínica Médica en general con sus puntales más sólidos: anatomía, fisiología, semiología, anatomía patológica, química y física y no olvidarnos que la psiquiatría es más que todo y por sobre todo, todo esto junto, es decir, Clínica Médica, con esta particularidad, de acuerdo a nuestro criterio y que a primera vista parecería paradójica: clínica sin enfermedad en la gran mayoría de los casos que es dado considerar, formada casi exclusivamente a base de síndromes” (40).

tividad clínica morbosa, es insuficiente el criterio anatomo-histopatológico, como lo es el fisiopatológico y el sintomatológico. Podemos conocer las lesiones anatómicas e histológicas que determinan un proceso morboso, así como las alteraciones funcionales que, de aquellas derivan y los síntomas que lo acompañan; pero, con estos conocimientos no tenemos el derecho todavía de dar autonomía a una entidad morbosa, por cuanto puede observarse identidad de alteraciones anatómicas, perturbaciones funcionales y manifestaciones sintomáticas, en cuadros clínicos diversos” (36). Por ello, “El síndrome, que está constituido por un grupo o conjunto de signos, cuya etiología ignoramos, puede por su aspecto sintomático característico, por su mecanismo patogénico o por su anatomía patológica, diferenciarse netamente de otros síndromes. La enfermedad, bien definida, por el contrario, supone el conocimiento del factor etiológico” (36); y hacen propio un concepto que toman del endocrinólogo italiano Nicola Pende: “La enfermedad; en sentido científico, es la entidad morbosa etiológica, mientras el síndrome, es una constelación sintomática... No podemos hablar de entidad morbosa, de enfermedad bien definida, si ignoramos la etiología... Solamente la especie etiológica de la enfermedad puede permitirnos individualizar la especie nosológica” (41).

3) En tercer lugar, advierten que “... a la distinción, que algunos señalan, entre los factores etiológicos-endógenos y etiológicos exógenos, no debe atribuírsele todo el valor que en otro momento se le concediera, por cuanto las modernas investigaciones ponen de relieve la simultaneidad y coexistencia de las mismas en cada enfermedad” [...] “El estímulo perturbador que llega del exterior no puede determinar las alteraciones morbosas sino cuando existen en el organismo anomalías intrínsecas de caracteres estructurales, químicas o funcionales de los elementos morfológicos, que ofrecen las razones más importantes para la génesis de las alteraciones mismas...” (36).

Reconocen, entonces, que el “... problema etiológico, resulta casi siempre complejo, por la presencia al mismo tiempo, de factores endógenos, es menester diferenciar las causas de contingencia, esenciales y necesarias, de las causas específicas” (36).

4) En cuarto lugar, señalan un error frecuente, como es “... la confusión entre el factor etiológico específico, con el mecanismo fisiopatológico” (36), y critican la teoría de la autointoxicación como explicación etiológica de las enfermedades mentales.

5) En quinto lugar, consideran que “Debe abandonarse el concepto de enfermedad funcional, en el sentido de expresar enfermedad *sine materiae*”, y ponen como ejemplo a las neurosis a las que consideran un “... error material de la organización del sistema nervioso, que deriva de un ectodermo lábil” (36).



Lanfranco Ciampi
(1885- 1962)

6) Y, para terminar su fino análisis epistemológico, recuerdan que “Si bien la doctrina constitucional aconseja no descuidar el estudio de las anomalías o desarmonías,

de las diátesis morbosas, de los estados premorbosos, etc., no hay que confundir tampoco las constituciones individuales o tendencias, con las enfermedades propiamente dichas” [...] “... un sujeto no se enferma mentalmente por un natural desenvolvimiento de una determinada constitución, diátesis o disposición congénita, sino que, para que enferme, se necesita la intervención de un elemento, de un factor nuevo: el factor realizador”, criterio que también toman de Pende, “... que puede derivar, tanto del ambiente orgánico como del ambiente mesológico” (36).

A partir de las consideraciones mencionadas, extraídas de la Patología General de la medicina, Bosch y Ciampi concluyen (y es necesario citar en extenso este pasaje de su artículo por el valor doctrinal que encierra): “... que para que una clasificación tenga un valor científico, necesita ser fundamentada en el principio de la causalidad específica; y que la clasificación no puede encontrar su base en la distinción entre enfermedades endógenas y exógenas, entre congénitas y adquiridas, entre orgánicas y funcionales, entre constitucionales y adquiridas, entre reacciones homónimas y heterónimas, entre sujetos armónicos y desarmónicos, etc. Ahora bien: ¿Podemos ofrecer una clasificación que se funde exclusivamente sobre el criterio etiológico? Si hoy conociésemos la etiología de todas las enfermedades mentales, fácil nos sería diferenciarlas y habríamos alcanzado con ello lo que la medicina pide hoy a este respecto. Ni los otros criterios que pueden utilizarse cuando falta el etiológico, el criterio anatomo-histopatológico, criterio fisiopatológico, criterio sintomatológico. Unos permiten clasificar en manera definitiva, las enfermedades mentales. Las razones que lo impiden, son demasiado conocidas y evitaremos el caer en lugares comunes. De ahí la imposibilidad de presentar una clasificación verdaderamente científica a base etiológica, y la necesidad de buscar otro camino que nos permita, utilizando diversos criterios (anatomo-patológico, patogenético, clínico) dividir la patología mental en síndromes. Entendemos que es en el campo de la patología mental, vale decir en la clínica, en donde debemos colocarnos para diagnosticar y tratar, las enfermedades mentales, valorando, como se merece, el trastorno mental. La sintomatología psíquica, en efecto, es, en la mayoría de los casos, la única que nos guía a la determinación del diagnóstico: así ocurre con la esquizofrenia, con la paranoia con las distimias, con la imbecilidad biopática, con el histerismo, etc., siendo la sintomatología somática y humoral inconstante e insegura, en estas enfermedades. Cuando nos falta el elemento etiológico, son los trastornos psíquicos reunidos en tipos clínicos de grupo, bien delineados, que, más allá de las variaciones individuales, constituyen esencialmente la enfermedad mental, mientras que el *substratum* anatómico nos ilumina sobre la causa de la enfermedad misma. Ahora, entre los trastornos que la psiquis puede presentar, los hay de las más diversas jerarquías. Los unos, no faltan nunca en algunos síndromes y otros, se verifican o no. Algunos tienen importancia aparentemente esencial y otros de contingencia. Admitamos, pues, para unos, valor ponderable y para otros solamente valor contingencial” (36).

Y, a continuación, introducen su criterio ordenador de la clasificación en relación a la *autonomía psíquica* que posee el sujeto que sufre alguna de las formas de enfermedad mental en los términos siguientes: “Creemos que la manifestación morbosa de la psiquis, de mayor importancia, la que tenemos que investigar con la mayor prolijidad, cuando estamos frente a un enfermo, es aquella que se refiere a la magnitud del trastorno mental. Es necesario, pues, poner de manifiesto si las alteraciones del enfermo son tales que comprometan por completo o parcialmente su autonomía psíquica, y si la comprometen en manera transitoria o definitiva. Este criterio puede servirnos entre tanto, provisoriamente, para una primera diferenciación. Es una distinción realizable en la práctica; accesible a los conocimientos de los médicos generales; no comprometedora, hasta que nos lleguen los siempre anhelados progresos de la patología mental y de gran utilidad, quizá, para la interpretación de los problemas que se presentan a diario en Medicina Legal” (36).

Al utilizar como criterio ordenador solamente el grado de autonomía psíquica del sujeto la clasificación propuesta por Bosch y Ciampi, que según ellos no tenía “... el objeto de renovar las doctrinas psiquiátricas con nombres, constelaciones morbosas y concepciones nuevas, que aumentaría la confusión...” ya existente, no introduce innovaciones y solo tenía la pretensión de lograr “... una orientación sintomática [utilizando] “... los cuadros nosológicos que la patología mental, tiene por aceptados y diferenciados” (36).

De acuerdo entonces, a la pérdida, total o parcial, momentánea o permanente de la autonomía psíquica, los autores ordenaban los cuadros de la patología psiquiátrica ya descriptos por la tradición de la especialidad en cinco grupos:

I) ESTADOS MENTALES PREMORBOSOS (CONSTITUCIONES)

Los autores incluían en este grupo a los sujetos que presentaran “... desarmonías características en la personalidad, las cuales no llegan a perturbar, en manera suficiente, el mecanismo de su autonomía psíquica. Son condiciones o tendencias originarias, son tonalidades en la “predisposición individual”, son matices clínicos, evocadores de otras formas clínicas bien definidas son orientaciones y no determinaciones clínicas. Las constituciones representan el terreno fértil, sobre el que pueden desarrollarse esos síndromes clínicos, que antes se denominaban psicosis degenerativas y hoy psicosis constitucionales, si interviene, como hemos visto más arriba, el factor `realizador´. Son formas atenuadas de aquellas, si se quiere, pero con la diferencia que las unas son enfermedades ya establecidas y las otras son estados morbosos en potencia, pero no en el sentido que por sí solos, fatalmente, han de evolucionar. Cada una de esas constituciones es la orientación hacia el tipo de enfermedad, que el sujeto tiene disposición a padecer, en el caso que un estímulo perturbador adecuado -endógeno o exógeno- lo lleve a enfermarse mentalmente” (36).

Y fijan una posición importante en relación a la teoría de la degeneración: “No mencionamos en esta clasi-

ficación la degeneración psíquica, por cuanto el concepto de degeneración psíquica ha sido hoy abandonado y substituido por el de la psicopatología constitucional. Las psicosis degenerativas de antaño, son las psicosis constitucionales de hoy” (36).

CONSTITUCIÓN:

Hipotímica,
Hipertímica,
Ciclotímica,
Neurasténica,
Psicasténica,
Histérica,
Emotiva,
Paranoica,
Esquizoide,
Perversa, etc.

II) SÍNDROMES MENTALES CON DEBILITAMIENTO TEMPORÁNEO DE LA AUTONOMÍA PSÍQUICA (o con pérdida incompleta y temporánea de la autonomía psíquica)

“Este grupo comprende un reducido número de síndromes mentales, las llamadas neurosis, que se caracterizan, como bien lo advierte Sante De Sanctis; por perturbaciones proteiformes, a cargo de las funciones psíquicas, vegetativas, motrices y sensitivas. Trátase de momentáneas rupturas del tono, de desarmonías y desequilibrios funcionales, que se reparan más o menos rápidamente” [...] “Esta manera de pensar está de acuerdo con la doctrina que Von Monakow y Mourgue expusieron recientemente, según la cual las neurosis y las psiconeurosis, deben considerarse como fenómenos de compensación, relacionados con trastornos endócrino-vegetativos y con alteraciones del sistema coroideo-ependimal; la compensación se realizaría mediante un mecanismo especial, que denominaron *diaspasis*” (36).

El motivo por el cual se conserva la epilepsia junto a las neurosis se explica porque “... hay un gran número de epilépticos, los cuales, fuera de las fases convulsivas y de los trastornos inmediatos que las acompañan, no presentan perturbaciones profundas y durables de la personalidad psíquica, mantienen íntegras sus condiciones intelectuales y correcto su comportamiento” [...] “Esta diferenciación, entre neurosis epiléptica y psicosis epiléptica, cobra un valor particular en psiquiatría forense” (36).

NEUROSIS:

Neurastenia,
Histerismo,
Neurosis emotiva,
Epilepsia genuina.

III) SÍNDROMES MENTALES CON PÉRDIDA COMPLETA Y TEMPORÁNEA DE LA AUTONOMÍA PSÍQUICA

Forman parte de este grupo “... algunos síndromes mentales, para los cuales se podría reservar el nombre de psicosis (psicosis distímica, neurasténica, histérica, epiléptica, etc.), que se caracterizan por las perturbaciones

profundas, que ocasionan a la personalidad psíquica, que necesita un largo período de tiempo para volver a su equilibrio normal. En unos casos, por ejemplo, en la psicosis epiléptica o histérica, podemos hablar de una exacerbación duradera de la neurosis, de que padece el sujeto” (36). Bosch y Ciampi aclaran que ubican a la esquizofrenia en este grupo, distinguiéndola de la Demencia Precoz (que incluyen en el Grupo V), siguiendo a la escuela de Henri Claude, entre otros autores, por considerarla curable. Asimismo, en el apartado B incluyen aquellos síndromes relacionados estrechamente con intoxicaciones, con afecciones comunes y afecciones cerebrales (psicosis sintomáticas de algunos autores) y estados o psicosis que consideran que también alteran profundamente y durante largo tiempo el equilibrio mental.

A) PSICOSIS:

- a) Neurasténica o psiquiasténica.
- b) Histérica.
- c) Distímica (maniaco-depresiva).
- d) Epiléptica,
- e) Esquizofrénica.

B) ESTADOS PSICOPÁTICOS:

neurasteniformes, distímicos, confusionales, alucinatorios, delirantes, esquizofrénicos, etc., por intoxicaciones, infecciones o traumatismos.

En este grupo, destacan las formas clínicas más conocidas y diferenciadas:

- Confusión mental.
- Delirio agudo.
- Delirio onírico – no alcohólico.
- Psicosis alcohólicas (delirio onírico, delirium tremens, alucinosis alcohólica, paranoia alcohólica, psicosis de Korsakow, etc.).
- Psicosis morfínica, cocaínica, etc.
- Psicosis gravídica, puerperal, coreica (corea de Sydenham).
- Psicosis traumática.
- Delirios febriles e infecciosos, etc.

IV) SÍNDROMES MENTALES CON FALTA DE DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA PSÍQUICA

“En este grupo colocamos a los sujetos que han sufrido una detención en su desarrollo cerebral, por biopatía, por cerebropatía presentada en el período pre o post-natal, o por disendocrinia” (36).

A) OLIGOFRENIA O FRENASTENIA:

- a) Biopática. Con insuficiencia mental
- b) Cerebropática. de
- c) Biocerebropática. diversos grados.

B) DISGLANDULARIMOS:

- a) Mixedema
- b) Cretinismo
- c) Mongolismo
- d) Infantilismo, etc.

V) SÍNDROMES MENTALES CON PÉRDIDA COMPLETA Y DURADERA O DEFINITIVA DE LA AUTONOMÍA PSÍQUICA

En este grupo los autores reúnen, “... por un lado, todos aquellos cuadros morbosos, ya bien delineados en Psiquiatría, muchos de los cuales fueron ya rotulados con el nombre de demencias primitivas y, por otro lado, todos aquellos estados demenciales considerados como demencias secundarias, estados involutivos y terminales de diversas psicopatías. Caracterizándose todos, por un debilitamiento global, estable, en las funciones psíquicas. Al lado de estas formas morbosas, hay que asignar un puesto a aquellos síndromes psicopáticos, que se desarrollan sobre un sistema delirante crónico y que, en la mayoría de los casos, no llegan a demencias, no obstante su incurabilidad” (36).

A) PARAFRENIA:

- Demencia precoz y Demencia precosísima o infanto-juvenil.
- Demencia paralítica en la edad adulta y, en la edad evolutiva (infanto-juvenil).
- Dementia infantil.
- Formas preseniles y seniles Melancolía involutiva,
- Atrofia senil de Alzheimer,
- Demencia senil,
- Demencia arterioesclerótica.

B) ESTADOS DEMENCIALES:

- Demencia epiléptica,
- Demencia luética,
- Demencia paralítica,
- Demencia coréica (de Huntington),
- Demencia esclerótica,
- Demencia alcohólica,
- Demencia meningítica,
- Demencia encefalítica, etc.

C) DELIRIOS SISTEMATIZADOS CRÓNICOS (psicosis alucinatoria crónica, paranoia, etc.).

De esta manera, partiendo de la evaluación de la magnitud del trastorno mental, es decir, de la mayor o menor pérdida de la autonomía psíquica, ya fuera ésta completa o parcial, transitoria o definitiva, Bosch y Ciampi concluyen proponiendo una clasificación sindrómica, clínica, en espera de los “progresos de la patología mental” que van a dar, como en la Medicina general, de la cual consideran que la psiquiatría forma una parte indisoluble, la respuesta etiológica que otorgue a la especialidad una verdadera base científica. El empleo del grado de autonomía psíquica del sujeto como único criterio ordenador hace que la clasificación propuesta por Bosch y Ciampi, solo perseguía lograr “... una orientación sintomática [utilizando] “... los cuadros nosológicos que la patología mental, tiene por aceptados y diferenciados” (36), sin innovar en su nomenclatura ni en sus teorías, para no incrementar la confusión existente en la materia.

V Malfatti, Salvati y Pabstleben

En el capítulo dedicado al problema "... siempre difícil [...] porque cada autor tiene su clasificación, tomando puntos de partida distintos (etiología, patogenia, evolución, sintomatología, anatomía patológica, etc.)", de su texto *Psiquiatría* (35), un manual de amplia difusión en esos años,¹⁶ Mario G. Malfatti, Alberto T. Salvati y Carlos E. Pabstleben, comienzan adhiriendo de manera general a "La clasificación de nuestro Profesor Dr. Borda, [que] es la que mejor se adapta al estado actual de nuestros conocimientos [...] y es la que vamos a adoptar", aunque, finalmente, se adscriben a una clasificación sindrómica (*vide infra*).

Por otro lado, como Borda utiliza el término "alienación", de manera general (*Congénitas y adquiridas*) y demencia (*Psicopatías con demencia*), en forma particular, consideran necesario aclarar la acepción que tienen, para ellos, ambos términos: "Con *alienación*, enajenación mental o locura, se designa toda enfermedad que perturba el funcionamiento psíquico. Por el contrario, el término demencia, si bien vulgarmente y aun jurídicamente engloba todas las locuras, tiene en psiquiatría una aplicación más restringida y se da a toda locura caracterizada por la desaparición total o parcial de las funciones intelectuales y afectivas. En otras palabras se trata de *proceso adquirido que da lugar a un debilitamiento global, progresivo e incurable de las funciones psíquicas*."

En consecuencia, si bien es aceptable que en el lenguaje corriente y en el sentido que le da la ley, estos términos coincidan; desde el punto de vista científico, que es el que nos interesa, esos designios no son sinónimos. Para obviar el inconveniente, que la acepción vulgar de la palabra tiene, se ha propuesto en psiquiatría, reemplazar la palabra demencia por *amencia*, denominación poco afortunada, desde el momento que significa pérdida total de la actividad mental y en realidad los dementes la tienen, pero debilitada, decaída; hay un verdadero déficit de la energía psíquica.

No todos los enajenados mentales son dementes; pero, por el contrario, la recíproca es valedera; todos los dementes son alienados.

Repitiendo una comparación gráfica, podemos comparar el enajenado mental a un mecanismo con resortes flojos, que pudiendo ajustarse iría a la curabilidad o aflojándose totalmente lo llevaría a la demencia. Por consiguiente al llegar a este estado, sería un organismo sin compostura, sus piezas están gastadas" (35).

Luego de presentar en detalle la clasificación de Borda, Malfatti, Salvati y Pabstleben, transcriben en su libro la clasificación de Arturo Ameghino (*vide supra*) quien dividía a los enfermos en diversos grupos sindrómicos, así como la de Bosch y Ciampi (*vide supra*) también basada en la descripción de "síndromes mentales", con el agregado particular, señalan, de los estados mentales premorbosos constitucionales (Grupo I), que estos autores consideran que "... no pueden faltar en ninguna clasificación, menos aún con el criterio de la medicina preventiva, pues que ya que se descubren estas "posibilidades", se debe hacer lo posible para que éstas no lleguen a hacerse efectivas; evitándose de esta forma la constitución de un síndrome bien definido y establecido" (35).

Comentando críticamente que "... la clasificación de Borda solo muestra cuadros psicopáticos definidos, es decir "enfermedades mentales"; Malfatti, Salvati y Pabstleben terminan adoptando una concepción más cercana a la de las clasificaciones de Ameghino y Bosch y Ciampi, que a la de Borda, es decir, a una clasificación sindrómica, en los términos siguientes: "Tomando como base los trastornos psíquicos generales que podemos observar en los individuos, podemos agrupar el estudio de los alienados en los 'siete síndromes especiales' que conocemos hoy en psiquiatría: número de síndromes que no ha podido ser sobrepasado hasta el momento actual" (35).

TRASTORNOS PSÍQUICOS GENERALES Y "SÍNDROMES MENTALES ESPECIALES"

Excitación	Maníaco
Depresión	Melancólico
Confusión	Confusional
Incoherencia	Delirante
División	Esquizofrénico
Debilitación	Demencial
Detención	Frenasténico

¹⁶ Inicialmente, el libro *Psiquiatría* (34) tuvo como autores a Mario G. Malfatti y Alberto T. Salvati. Ellos fueron los responsables de la primera edición, aparecida en 1926; de la segunda, corregida y aumentada con nuevos capítulos (Educación de los retrasados mentales, Psicosis infecciosas, Morfinomanía, Cocainomanía, Sífilis cerebral y Corea de Huntington) de 1929; y de la tercera, publicada en 1931, en la que aparece un nuevo capítulo dedicado a la Psicología y sus relaciones con la psiquiatría, inspirada en gran parte en las enseñanzas del filósofo francés de orientación positivista Abel Rey (1873-1940) en su conocida *Psicología* (1911), obra centrada en la conciencia, sus funciones generales, la representación de los hechos, la inteligencia y los fenómenos de la actividad tales como la motricidad. A partir de la cuarta edición, de 1936, en la que aparecen nuevos capítulos: Toxicomanías, Locuras infecciosas, Psicosis traumáticas y Epilepsia, se suma un nuevo autor, Carlos E. Pabstleben (35), quien acompaña a Malfatti y Salvati en la quinta edición de 1940 y en la sexta, y última de la serie, aparecida en 1943, en la que se agregan los capítulos: Recientes adquisiciones terapéuticas en Psiquiatría: insulino-terapia, cadiazol-terapia y shock eléctrico e Indicaciones terapéuticas de urgencia en las enfermedades mentales. Desde la primera edición los autores dedican la obra al que consideran su maestro, Javier Brandam, quien había sucedido a Domingo Cabred en la dirección del Hospicio de las Mercedes entre 1916 y 1921, participado en la creación de la "Liga Argentina de Higiene Mental" y fundado el Hospital Psiquiátrico de la provincia de San Luis (42). En la primera edición de 1926, junto a Brandam reconocen también como sus maestros a Borda, Ameghino y Rossi.

VI

Waclaw Radecki y René Ardití Rocha



Waclaw Radecki
(1887-1953)

Waclaw Radecki¹⁷ y René Ardití Rocha¹⁸, fueron dos autores prácticamente desconocidos por los psiquiatras argentinos contemporáneos.

En su *Tratado de Psicología* (45), Radecki presentó una síntesis de los principios y conceptos de la psicología de la época ordenando y transformando los conceptos en una psicología propia, en la que concebía un psiquismo tridimensional -la psicología de la vida intelectual, de la vida afectiva y de la vida activa-, pensamiento, sentimiento y acción, conformando lo que denominó “discriminacionismo afectivo”. El mismo constituía una propuesta de organizar en un único sistema todo lo que hasta entonces se había hecho en psicología, aprove-

chando los puntos que posibilitaran la articulación de las teorías, con el propósito de crear una psicología unificada, que nunca llegó a completarse.

Radecki afirmaba que la psicología individual fallaba en la tarea de fundar una caracterología, ya que cada autor se centraba en diferentes funciones: algunos privilegiaban el pensamiento, otros la emoción. Radecki proponía la elección de la forma afectiva de discriminar como función básica a ser investigada, a partir de la cual las demás funciones deberían ser correlacionadas, y precisamente esto sería el discriminacionismo afectivo (45, 46).

Otro aspecto interesante en el libro es la crítica del autor a la psicotécnica, que se difundía avasalladoramente en los años 1920.

De acuerdo con el psicólogo polaco, ningún examen psicotécnico podía eliminar la necesidad de un examen psicológico, lo que demuestra que los trataba de manera distinta. Aunque no haya hecho esa comparación, podemos suponer que se guiaba por el modelo médico de entonces, en el que las pruebas de laboratorio no sustituían los exámenes clínicos (47).

Waclaw Radecki y René Ardití Rocha, quienes trabaron una fuerte relación profesional en la década del '30 del siglo pasado, dedican el capítulo V de su *Manual de*

¹⁷ Waclaw Radecki, nació en Varsovia, Polonia, el 27 de octubre de 1887. En 1905, mientras cursaba el octavo y último año del Liceo, debió dejar su ciudad natal, a causa de su participación en las luchas por la libertad de Polonia, a la sazón ocupada por Rusia y el Imperio Austro-húngaro. Se inscribió entonces en la Universidad de Cracovia adonde inició sus estudios de Psicología, pero en 1907 debió huir a Florencia adonde se inscribió en la Facultad de Ciencias naturales. Pasó luego a Ginebra hacia donde afluyeron grupos juveniles polacos revolucionarios, y se inscribió en 1908, en la Facultad de Ciencias Naturales y Medicina, adonde fue asistente en el laboratorio de psicología experimental dirigido por Édouard Claparède (1873-1940). En 1911 obtuvo el título de doctor con la tesis intitulada: “Recherches expérimentales sur les phénomènes psychoélectriques”, y fue nombrado docente libre de la Universidad de Ginebra. A partir de 1912 retornó a Polonia y continuó sus investigaciones como jefe del laboratorio de Psicología de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Cracovia y, posteriormente, como profesor en la Universidad Libre de Varsovia. En 1923, por motivos no esclarecidos, se trasladó a Brasil donde fue nombrado profesor de Psicología General en la Facultad de Ciencias Jurídicas de la Universidad de Curitiba, y luego se afincó en Río de Janeiro en 1924. Allí trabó relación con personajes de la psiquiatría brasileña, como Gustavo Riedel (1887-1934), quienes lo llevaron a la Colônia de Psicopatas do Engenho de Dentro, adonde cooperó en la creación del Laboratorio de la institución. En 1927, fue nombrado jefe de investigaciones científicas de los hospitales de Río de Janeiro. En 1928 termina de dar forma definitiva a su sistema psicológico; y, en 1929, publicó su *Tratado de Psicología*. En 1932, gracias a los esfuerzos de Radecki y sus asistentes el Laboratorio de la Colônia de Psicopatas fue elevado por decreto gubernamental a la categoría de Instituto de Psicología adscripto a la Facultad de Educación, Ciencias y Letras de la Universidad de Brasil; con la finalidad de convertirlo en un centro de investigaciones, un centro de aplicación de conocimientos y una escuela superior de psicología. Inexplicablemente, en octubre del mismo año el Instituto se desactivó por otro decreto gubernamental y sus materiales fueron incorporados al Servicio de Asistencia a Psicopatas. Este súbito cambio fue atribuido a la oposición de dos sectores adversos, descontentos con el trabajo del Laboratorio y con la propuesta de creación del curso de grado en psicología. Uno de estos grupos era de católicos, contrarios a la psicología “materialista” enseñada por Radecki y al hecho de que el Instituto estuviera bajo la dirección de un “extranjero”; el otro de médicos y educadores, que reconocían la existencia de un saber psicológico, pero pretendían que éste se limitara al ámbito del conocimiento. En 1933 Radecki viajó a Montevideo invitado por el gobierno del Uruguay para dictar un curso de Psicología General en la Universidad y organizar el Laboratorio de la Aviación Militar. Desde entonces Radecki alternó sus actividades docentes y de investigación entre la Argentina y el Uruguay. En Buenos Aires tradujo al castellano y publicó en 1933 su *Tratado de Psicología*, en 1935, la *Psicopatología funcional*, en colaboración con el Dr. C. Payssé y, en 1937, el *Manual de psiquiatría*, en colaboración con el Dr. René Ardití Rocha. En 1936, fundó el Centro de Estudios Psicopedagógicos donde dictó cursos regulares, ciclos de conferencias, organizó un Laboratorio destinado a los cursos prácticos sobre Técnicas de Psicología Experimental y un Consultorio Psicológico. Esta entidad, transformada en Centro de Estudios Psicológicos de Buenos Aires en 1948, ofrecía estudios sistemáticos de psicología general y diferencial, individual, social y aplicada a los diversos campos de la actividad científica y práctica. Finalmente, Radecki se radicó en Montevideo hasta su fallecimiento, acaecido el 25 de marzo de 1953. Allí enseñó Psicología General en la Universidad de la República Oriental del Uruguay y en la Facultad de Medicina local. En 1944 fundó el Centro de Estudios Psicológicos de Montevideo, y en 1947 la Escuela Profesional de Psicología, que, en 1951, se transformó en Facultad Libre de Psicología, y de esta forma pudo realizar el proyecto que no dio frutos en Brasil. En 1950 organizó, en Montevideo, el Primer Congreso Latinoamericano de Psicología (43, 44).

¹⁸ René Ardití Rocha fue un prestigioso médico especialista en psiquiatría. En 1955 fue profesor titular de la cátedra de psiquiatría de la Universidad de Buenos Aires y de la de La Plata, simultáneamente. En Buenos Aires sucedió en la cátedra a Gonzalo Bosch, y, luego de la denominada “Revolución Libertadora”, fue reemplazado por Alberto Bonhour. También ocupó los cargos de Decano y Vicedecano de la Universidad Nacional de La Plata y Consejero Universitario de la misma. Miembro de la Academia Hispanoamericana de la Ciencia y de la Historia, fue elegido Senador de la Provincia de Buenos Aires por la primera circunscripción electoral para el período 1950-1954, por el Partido Justicialista. Fundó en 1936 el Servicio de Psicopatología del Hospital “Parmenio Piñero” de la ciudad de Buenos Aires, que actualmente lleva su nombre; y también lleva su nombre la cátedra de Psiquiatría del Hospital Interzonal “Alejandro Korn” sito en la localidad de Melchor Romero, provincia de Buenos Aires. En Villa Adelina, Partido de Vicente López, provincia de Buenos Aires, se encuentra una gran casona de típico estilo colonial español, cuya construcción data de 1873. Esa casa fue uno de los más antiguos cascos de estancia de la zona, cuyos últimos dueños pertenecían a la compañía inglesa que instaló el ferrocarril. A principios de los años '30 la familia Ardití Rocha adquirió la propiedad para vivienda familiar y la rebautizó “Los Eucaliptos”. Poco tiempo después, en 1949, René Ardití Rocha fundó allí la primera clínica psiquiátrica de la Provincia de Buenos Aires, con características que respondían a los más avanzados criterios de la especialidad, incluyendo el tratamiento de puertas abiertas. Por su prestigio profesional y su actividad política el lugar recibía frecuentemente las visitas de personalidades con quienes Ardití Rocha mantenía estrecha relación: en tres oportunidades asistió el presidente de la Nación, Juan Domingo Perón, acompañado por su esposa. También eran frecuentes las visitas del Dr. Ramón Carrillo, ministro de Salud Pública de la Nación, de Héctor Cámpora, Presidente de la Cámara de Diputados y de Domingo Mercante, Gobernador de la Provincia de Buenos Aires, entre otros funcionarios, intendentes, ministros y miembros del cuerpo diplomático.

Psiquiatría, publicado en 1937, a analizar la "Clasificación de las Enfermedades Mentales" (48).

Los autores señalan allí que "la distinción de las enfermedades mentales no está en la época actual basada en un criterio uniforme". De tal manera que "... en el desorden nocional existente, hay innumerables tentativas de clasificaciones de las enfermedades mentales, en las cuales no se encuentra, sin embargo, una uniformidad del criterio utilizado por el mismo autor".

Para ilustrar esa afirmación transcriben *in extenso*, y someten a un fino análisis crítico, las clasificaciones de Borda, de Bosch y Ciampi, de Kraepelin (presentada por Emilio Mira y López), de Bumke, de la Liga Europea de Higiene Mental, de 1932, y del Consejo de la Sociedad Americana de Psiquiatría, de 1933.

Respecto de la propuesta de Borda observan que "... utiliza en sus divisiones y subdivisiones tanto los criterios etiológicos como constitucionales y degenerativos, así como, finalmente, los psicológicos descriptivos y los clínicos", es decir, carece de un principio uniforme de ordenamiento. Por otro lado, recuerdan que "... el propio concepto de la constitución armónica (normal) y desarmónica, concebida por el prisma de la degeneración no está suficientemente aclarado como para construir sobre él las divisiones clasificatorias básicas", y consideran que "... la impropiedad de los criterios -utilizados por Borda- se muestra también por la imposibilidad de aplicarlos a numerosas formas de enfermedades que no se encuadran en tal clasificación (confusión mental, psicastenia, etc.)" (48).

A continuación analizan la nosografía de Bosch y Ciampi; y, si bien reconocen que "... la organización nocional de esta clasificación posee un criterio uniforme en la división inicial de las cinco primeras clases", consideran que "... este criterio, representado por las referencias a la inestabilidad, debilitamiento temporáneo, pérdida temporánea, falta de desarrollo y pérdida duradera de la 'autonomía psíquica', opera, sin embargo, con una noción genérica y no definida aún bio-psicológicamente", por lo que la consideran insuficientemente fundamentada (48).

Por razones particulares también rechazan la pertinencia de las demás clasificaciones y concluyen proponiendo una clasificación propia, a la que justifican, despojando la polémica, en los términos siguientes: "Examinando las clasificaciones citadas, como también otras, propuestas por diferentes autores, llegamos a la conclusión de que un criterio uniforme para clasificar nocionalmente (teóricamente) y prácticamente las enfermedades mentales, todavía no pudo ser establecido en la Psiquiatría" ya que señalan que: 1) las tentativas de establecer un criterio etiológico tropiezan con el desconocimiento de las causas de muchas de esas enfermedades y, 2) las

entidades morbosas no poseen una definición nocional intrínseca y están sujetas a la observación subjetiva de cada investigador (48).

Por lo tanto, se inclinan por orientar las clasificaciones mediante una interpretación genética de los síndromes y de las enfermedades ya prácticamente aceptadas, entendiendo que "... tal camino nos acerca a la solución parcial de la etiología, [aunque] sin resolverla, tal vez, completamente", y agregan que "... la interpretación genética puede referirse a cada síntoma particular, constituyéndose entonces como premisa para la etiología pluricausal y plurilateral del cuadro nosológico" (48).

No obstante, reconocen que "No permitiendo el estado actual de nuestros conocimientos psiquiátricos realizar el análisis genético en todos los aspectos psíquicos y orgánicos, tentaremos efectuar la interpretación genética en el terreno psicológico, buscando en los cuadros sindromáticos y nosológicos las referencias genéticas a las variantes funcionales mórbidas (supramaximales o submaximales) que, en cada síndrome o psicopatía, se constituyen como sobreordenadas no compensadas y cuyo trastorno, por las correlaciones, modifica y perturba la evolución de las otras funciones. Tal interpretación puede ser, desde cierto punto de vista, concebida como una etiología psicológica; sin embargo, la preocupación con la variante sobre ordenada termina, prácticamente, con el establecimiento del hecho de su sobre ordenación y rara vez puede seguir la búsqueda de las causas del propio trastorno, encontrado como sobre ordenado.

En este sentido la coordinación de las formas morbosas que proponemos enseguida, es una tentativa de suministrar nuevos puntos de referencia, para añadirlos a los ya existentes en la futura elaboración de la criteriológica propiamente clasificatoria" (48).

A continuación despliegan, en base a esos principios, su propia propuesta nosográfica, pero lo encuadran en las siguientes limitaciones: "... la organización del cuadro sinóptico obedece a un criterio uniforme en la división de los grupos principales (I, II, III) y de las entidades nosológicas (enfermedades). Tal criterio consiste en la referencia a las variantes funcionales psíquicas patológicas, que se constituyen como sobreordenadas en cada grupo o entidad mórbida.

La subdivisión de las unidades nosológicas obedece al mismo criterio, en relación con su gradación intensiva, con referencias temporales y con las correlaciones variables con otras funciones o cuadros sindromáticos.

Sin embargo, por no poder establecer la etiología de las variantes mórbidas indicadas como sobreordenadas, no podemos concebir nuestro cuadro sinóptico como una clasificación satisfactoria, y lo consideramos únicamente como un auxiliar interpretativo orientador" (48).

Cuadro sinóptico interpretativo de las enfermedades mentales (48)

I) ENFERMEDADES CON SÍNDROME PSÍQUICO SUBORDINADO A UNA VARIANTE FUNCIONAL MÓRBIDA DE UNA DE LAS FUNCIONES INTELECTUALES

1) Frenastenia (Desarrollo subliminal de las funciones elaboradoras primarias: de la discriminación y de la reconocimiento).

- A) Idiocia (grado más acentuado del atraso).
- B) Imbecilidad (grado medio del atraso).
- C) Debilidad mental (grado menos acentuado del atraso).

2) Psicastenia (Trastorno básico del equilibrio entre la conciencia focal (plena) y la conciencia franjal (sub e inconciencia)

- A) Psicastenias de primer grado:
 - a) Con excesivo predominio focal.
 - b) Con insuficiente predominio focal.
- B) Psicastenias de segundo grado:
 - a) Con "ideas fijas".
 - b) Con obsesiones.
 - c) Con fobias.
 - d) Con angustias.

3) Confusión mental (Pérdida de la continuidad intelectual: trastornos de las asociaciones conjuntivas. Pérdida progresiva de las tendencias a conservar la continuidad).

- En relación con el origen idio o alopático: a) Primitivas; b) Sintomáticas.
 En relación con el ritmo de la evolución: a) Aguda; b) Crónica.
 En relación con los grados intensivos de la propia Confusión y su correlación con los otros síndromes: a) De primer grado o ligera; b) Onírica; c) Alucinatoria; d) Delirante; e) Demencial; f) Estuporosa.

4) Paranoia (Grado supramaximal de la deformación subjetiva de las representaciones).

- A) Paranoias de primer grado.
- B) Paranoias delirantes:
 - a) Delirios polimorfos.
 - b) Delirios sistematizados.
 - c) Delirios alucinatorios.

5) Demencia senil (Durabilidad supramaximal de los recuerdos antiguos, restricción de las fijaciones mnemónicas nuevas).

- A) Formas preseniles.
- B) Involución senil de primer grado.
- C) Demencia senil propiamente dicha.
 - a) Simple
 - b) Complicada (con trastornos neurológicos concomitantes).
 - con arterioesclerosis
 - con trastornos cerebrales focales (afasias, agnosias, apraxias).
 - c) Delirante
- d) Melancólica
- e) Maníaca.
- f) Confusional.

6) Afecciones mentales de etiología orgánica conocida: causadas por trastornos anatómo-patológicos y físico-químicos cerebrales. (Trastornos mnésicos en los eslabones asociativos; tendencias supramaximales a conservar la continuidad intelectual por la formación de asociaciones conjuntivas inadecuadas).

- A) Parálisis General Progresiva.
- B) Psicosis Arterioesclerótica.
- C) Enfermedades de Alzheimer y Pick.
- D) Psicosis Toxiinfecciosas.
 - a) Alcohólico.
 - b) Morfinismo.
 - c) Cocainismo.
 - d) Puerperalidad, etc.
- E) Tumores cerebrales.

II) ENFERMEDADES CON SÍNDROME PSÍQUICO SUBORDINADO A UNA VARIANTE FUNCIONAL MÓRBIDA DE LA SENSIBILIDAD AFECTIVA

1) Esquizofrenia (Durabilidad supramaximal de las reacciones afectivas anteriores a la enfermedad: exceso de lentitud en la abreacción de los viejos complejos).

- A) Esquizofrenia de primer grado.
- B) De segundo grado – Demencia precoz
 - a) Simple.
 - b) Hebefrénica.
 - c) Catatónica.
 - d) Paranoide.

2) Psicosis Maníaco-depresiva (Desarrollo subminimal de las reacciones afectivas activas y supramaximal de las pasivas, en el periodo prodrómico).

- A) Manía – Melancolía
 - a) Formas intermitentes
 - b) Formas alternantes
- B) Manía
 - a) Hipomanía
 - b) Simple
 - c) Interpretativo-delirante
 - d) Colérica o Furiosa
- C) Melancolía
 - a) Simple
 - b) Ansiosa delirante
 - c) Estuporosa

3) Histeria (Desarrollo supramaximal del complejo afectivo de su propio YO).

- A) Gran Histeria
- B) Pequeña Histeria

III) ENFERMEDADES CON SÍNDROMES PSÍQUICOS SUBORDINADOS A LOS TRASTORNOS SUBMINIMALES O SUPRAMAXIMALES DE LA TENSIÓN EN TODOS LOS SECTORES DE LAS FUNCIONES PSÍQUICAS

1) Neurastenia (Tensión psíquica subminimal generalizada)

- A) Simple
- B) Asociada a otros síndromes:
 - a) Psicasténico
 - b) Histérico
 - c) Maníaco
 - d) Melancólico
 - e) Delirante,
 - f) Confusional, etc.

2) Epilepsia (Tensión psíquica supramaximal generalizada).

- A) Genuina (Esencial)
- B) Sobre agregada a otros síndromes, enfermedades o traumatismos:
 - a) Alcohólica
 - b) Sifilítica
 - c) Jacksoniana, etc.

Radecki y Arditti Rocha presentan, así, una clasificación sindrómica basada en aspectos alterados del funcionamiento psicológico (funciones intelectuales en el grupo I; sensibilidad afectiva en el II y todos los sectores de las funciones psíquicas en el IV) como criterio diferencial.

VII Ernesto Daniel Andía

En 1944 apareció en Buenos Aires un manual intitolado *Clínica psiquiátrica* (145) publicado por Ernesto Daniel Andía, Jefe de Servicio del Hospital Municipal "Pedro Fiorito", sito en la localidad de Avellaneda, Provincia de Buenos Aires.

El autor había sido profesor de Clínica Neuropsiquiátrica en la Facultad de Ciencias Médicas de Asunción del Paraguay entre 1936 y 1938 y, luego, Jefe de Trabajos Prácticos de Clínica Psiquiátrica en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires durante 1933 y 1934; y, desde ese año hasta 1940, Secretario Técnico del Hospicio de las Mercedes.

El libro de Andía tuvo relativa difusión pero constituyó uno de los pocos intentos en esa década de presentar en un manual destinado a estudiantes de medicina una síntesis de los conceptos en boga en la especialidad. Por supuesto, que dichos conceptos fueron presentados en la obra según la posición teórica del autor: Andía neurólogo y neuropsiquiatra privilegiaba marcadamente el enfoque proporcionado por la neurobiología de Cristofredo Jakob y las teorías de las constituciones y la herencia neurodegenerativa.

Al abordar el tema de las clasificaciones diagnósticas Andía expone los criterios clínicos previos a partir de los cuales fija su posición al respecto. El paso inicial para este autor es definir si el paciente está afectado de una "psicopatía con demencia o sin demencia". Porque considera que "los *procesos demenciales* son incuestionablemente orgánicos y por consiguiente tienen su correspondiente anatomía patológica. Los *procesos no demenciales* son simplemente funcionales y por consiguiente carecen de lesiones anatomopatológicas. Por otra parte -dice- los dementes se advierten por el retroceso biológico que se revela por su *deficiencia* psíquica progresiva; y los oligofrénicos, que también tienen características anatomopatológicas, se advierten por la *detención biológica* que se revela por su *insuficiencia* psíquica o mental".

En la obra Andía propone una actitud nosográfica en etapas comenzando por la adjudicación de un diagnóstico sindrómico, siguiendo la nomenclatura de Levy-Valensi (144). El autor agrega una característica sintomática en la tercera columna (fiel a su orientación biológica introduce como característica de los Frenasténicos, el término *dicogenia* tomado de la biología, que designa la capacidad que tiene los seres vivos de desenvolverse en dos sentidos distintos de acuerdo a las condiciones del medio):

	SÍNDROME	
Excitación	Maníaco	<i>aceleración</i>
Depresión	Melancólico	<i>retardación</i>
Confusión	Confusional	<i>obnubilación</i>
Incoherencia	Delirante	<i>dicogenia</i>
División	Esquizofrénico	<i>disgregación</i>
Debilitación	Demencial	<i>deficiencia</i>
Detención	Frenasténico	<i>insuficiente</i>

Luego de esta recomendación Andía propone que una vez diagnosticado el síndrome se proceda a ubicarlo en la "entidad nosológica" a la que corresponda el caso, y, para ello, aconseja recurrir a la clasificación de Borda, completándola "desde un punto de organización psicobiológica más moderno, con la clasificación argentina de Bosch y Ciampi", y reproduce a continuación los cuadros sinópticos de ambas clasificaciones.

VIII La clasificación con criterio sanitario de Ramón Carrillo

El 22 de septiembre de 1949, Ramón Carrillo, primer Ministro de Salud Pública de la Nación, dictó una conferencia en el Hospital Nacional de Neuropsiquiatría de la ciudad de Buenos Aires, ante un nutrido número de especialistas (49).

En la oportunidad, el Ministro, al proponer una nueva clasificación psiquiátrica, planteó de entrada sus objetivos: "Nuestro trabajo, repito, comprende, pues, dos o tres propósitos fundamentales: a) el primero, una clasificación de utilidad forense, considerando a los enfermos mentales desde el punto de vista que interesa a los Códigos Civil y Penal de la Nación; b) el segundo, una clasificación que contenga los elementos necesarios para la estadística oficial del Ministerio de Salud y c) el tercero, una clasificación que por sus grupos indique el tipo de establecimiento y de terapéutica que deben emplearse" (49).

Enfrentado al desafío de ordenar, por primera vez en la historia del país, la Salud Pública a nivel nacional, Carrillo describe el problema que representaba llevar una estadística sanitaria de los trastornos mentales desde el flamante Ministerio a su cargo: "No creo que haya algo que produzca mayor desesperación a quienes llevan la estadística de la repartición, que las fichas que los establecimientos psiquiátricos envían a la Dirección de Gemología Sanitaria. Allí están fichados más o menos 25.000 enfermos mentales de los cuales 18.000 corresponden a diagnósticos diferentes. Ahora bien; como no es posible que existan tantas enfermedades diferentes, allí hay algo que no funciona bien. Y es que cada médico emplea la nomenclatura que más le conviene y que más conoce. Cada enfermedad o forma clínica tiene cinco o seis nombres diferentes; mejor dicho a la misma cosa se la llama de cualquier manera a gusto del médico que hace el diagnóstico. Esto no sirve para la estadística. De manera que no hemos logrado hasta hoy llevar una estadística cualitativa, no digo detallada, pero ni siquiera grosera, en que por lo menos se identifiquen los grandes grupos de enfermos mentales" (49).

La causa que él encuentra radica, fundamentalmente en la carencia de un consenso entre los especialistas divididos en sus posiciones teóricas: "La diversidad de criterios de los psiquiatras; la imprecisión de las denominaciones; la multiplicidad de las doctrinas; el empleo arbitrario del léxico; el desconocimiento de la sinonimia

y de la etimología; la vaguedad de los cuadros clínicos; todo esto conspira contra la posibilidad de una clasificación universal de la taxonomía psiquiátrica. La psiquiatría es menos evolucionada que la obstetricia, donde es más fácil ponerse de acuerdo en la terminología. Las clasificaciones son hasta ahora muy personales y para uso meramente local” (49).

“Otras clasificaciones -dice el autor- son “como las alemanas [que] tienden a la sistematización fundadas en las lesiones anatomopatológicas. Las francesas son casi exclusivamente clínicas. Sirven en ese solo aspecto. En cambio, la clasificación norteamericana es científica, pero poco práctica a los fines de clasificar a los enfermos en los servicios o establecimientos. Se funda en la etiología, en la anatomía patológica y en la clínica” (49). En consecuencia, encontrando que las dos primeras reducen el problema a un solo aspecto y la tercera es ecléctica e inoperante a nivel sanitario, Carrillo prefiere adoptar para elaborar su clasificación un criterio, según sus propios términos, *jurídico-social* y *estadístico-asis-tencial* “... en otros términos, el fin sanitario” (49). Lo primero ordena los casos según el grado de incapacidad civil y peligrosidad; y lo segundo, alimenta el registro sanitario¹⁹ con vistas a extraer datos para la formación de recursos humanos y proyectar la cantidad y tipo de establecimientos necesarios para atender a las diferentes clases de pacientes diferenciados por la clasificación.

Al mismo tiempo delimita los alcances y los usuarios de la misma en los términos siguientes: “He hecho un esfuerzo para presentar un nuevo ordenamiento de las enfermedades mentales, lo que es difícil porque dichos males son a su vez abstracciones del espíritu humano, sin la objetividad, a veces que tienen las afecciones somáticas. Pero he efectuado una clasificación, diríamos así, de una objetividad lo más quirúrgica posible. No entro en los puntos de vista del psicoanálisis para no aumentar el caos o imitar a los que se encuentran dedicados a él. Tampoco me refiero al concepto existencialista que en la materia sostienen Kierkegaard y Sartre, que yo, por mi parte, entiendo poco. Y que últimamente los psiquiatras de tendencia psicológica han tomado por su cuenta. Se trata siempre de distintas actitudes frente a la vida, de la que cada cual tiene su concepto. Yo debo clasificar las enfermedades mentales como ministro o como cirujano, si se quiere. Mis funciones me obligan a alejarme con honor de los subjetivismos” [...] “... y hacer una clasificación que la entiendan el enfermero, el médico y el juez” (49).

Otra dos las condiciones que pone Carrillo es que se acepte que “toda clasificación es absolutamente convencional”, y que debe ser provisoria, no definitiva, dado

que “... siempre resulta añeja al cabo de pocos años”. “Debemos plantearla de modo que sea posible y factible modificar los detalles, aunque los troncos básicos de la misma se mantengan firmes el mayor tiempo posible” [...] “Al Ministerio de Salud Pública de la Nación le interesan los grandes grupos generales ya señalados” (49). Se refiere a los Afrénicos (Dementes); Disfrénicos (Psicóticos y Reaccionales); Kindinofrénicos (Peligrosos); Oligofrénicos (Retardados) y Peirofrénicos (Fronterizos)²⁰, que ya había adelantado en una conferencia anterior,²¹ y que desarrollará en detalle en la Resolución ministerial en la que promulga su *Clasificación sanitaria de las enfermedades mentales* (50).

Los grandes grupos generales “... son los troncos de la clasificación -puntualiza- luego siguen las ramas de esos grandes troncos y que constituyen el desarrollo y hasta el detalle de la clasificación. Al final de las ramas puede encontrarse la etiología. Al final también podrá encontrarse la anatomía patológica” (49).

A lo largo de su conferencia Carrillo expone los principios epistemológicos en los que había basado su clasificación. En ese empeño el autor muestra, no solamente el fruto acabado de su propuesta, sino que fundamenta la misma en las leyes de una taxonomía general aplicada a la medicina, cuyos antecedentes que se sobrentienden, aunque no los nombra, se remontan a las concepciones de los grandes nosógrafos como Boissier de Sauvages, Cullen y Pinel. A tal efecto, dice: “La clasificación debe fundarse sobre una tesis, sobre una doctrina, y no empírica, por cierto. Debe conocerse la doctrina sobre la cual basar el trabajo, para adecuar los términos al desarrollo de la enfermedad. Si es posible esa doctrina debe ser genealógica evolutiva” (49). Según su perspectiva un enfermo diagnosticado en un grupo puede pasar a otro a lo largo de su evolución. Esta característica es lo que -según Carrillo- le otorga a la clasificación una cualidad “dinámica”.

Parte así, demostrando un minucioso conocimiento de la técnica nosográfica, indicando los criterios que se deben respetar para elaborar una clasificación médica: 1) ir de lo más universal para descender a lo particular, 2) seguir un orden de composición (de las ramas generales desprender las ramas secundarias), 3) respetar la jerarquía yendo del hecho antecedente hacia el hecho subordinado, 4) dejar prevista la posibilidad de una evolución en sentido horizontal y en el vertical, según vayan apareciendo nuevos datos acerca de las enfermedades incluidas, 5) garantizar una simetría, es decir, que los términos empleados deben ser simétricos tanto en la estructura lingüística como en los conceptos que involucra cada término técnico y, 6) prever, mediante la imple-

¹⁹ En su conferencia, Carrillo anuncia que las estadísticas se confeccionarán en forma automatizada mediante el volcado en tarjetas perforadas de los datos de los diagnósticos establecidos con su clasificación y extraídos de las historias clínicas que debían ser completadas obligatoriamente por los médicos de los servicios de salud mental. Dichas tarjetas debían, a su vez, ser procesadas “por medio del sistema Hollery (sic)” en los aparatos adquiridos por el Ministerio de Salud Pública. En 1890, Herman Hollerith había desarrollado en los EE. UU. un sistema de tarjetas perforadas eléctricas basado en la lógica de Boole, aplicándolo a una máquina tabuladora de su invención. La *Tabulating Machine Company*, que Hollerith creó en 1896, fue una de las empresas que dio origen, en 1924, a la *International Business Machines Corporation* (IBM).

²⁰ En una nota al pie de página Carrillo informa que el término “Disfrenia” fue creado por Eduardo E. Krapf, aunque él, en su clasificación sanitaria, lo toma con otro sentido, haciéndolo sinónimo de psicosis. Asimismo, dice que le da al término “Reaccional” más alcance, que “... el sentido más restringido empleado habitualmente en psiquiatría”.

²¹ Conferencia dictada en el Hospital Nacional de Neuropsiquiatría, el 22 de julio de 1949 (52).

mentación de esos preceptos, la confección de un instrumento técnico que aclare, coordine y permita transmitir con claridad los conocimientos en la especialidad a fin de ser una herramienta útil para la enseñanza.

Reconociendo que hubo de introducir un cierto número de neologismos, dice haber tratado de mantenerse en el léxico clásico de la psiquiatría, y, que entre otras modificaciones suprimió el término “alienado”, sustituyéndolo por el de “enfermo mental”, por encontrar que aquel, cargado de una connotación jurídica, era inconveniente e insuficiente a sus fines.

El Capítulo V, de las Obras Completas de Ramón Carrillo transcribe, bajo el título: “*Desarrollo de la clasificación sanitaria de las enfermedades mentales (frenopatías)*”, dicha nosografía elaborada por el ministro, y publicada el 30 de octubre de 1950, como Resolución Oficial N° 28.836, para ser aplicada con carácter obligatorio en el sistema sanitario dependiente del Ministerio de Salud de la Nación(50).²²

El texto de la Resolución ordena en su Artículo 1°: “Apruébase la clasificación sanitaria adjunta (véase los cuadros al final de la presente Resolución), la cual se empleará, obligatoriamente, en el diagnóstico, clasificación, tratamiento, fichaje y servicio social de los enfermos mentales, internados en los establecimientos, o asistidos ambulatoriamente en los consultorios externos de las dependencias de este Ministerio” (50).

En los considerando de la misma, Carrillo, puntualiza que:

- a) es preteritorio a los fines estadísticos y de la distribución y tratamiento de los enfermos mentales en los distintos establecimientos, adoptar un criterio práctico y útil compatible con los propósitos técnico-administrativos de la repartición, propósitos que no siempre son coincidentes con los estudios sobre etiología, patogenia y otros de carácter académico acerca de las enfermedades mentales, base, sin embargo, de la mayor parte de las clasificaciones corrientes;
- b) los criterios clínicos, histopatológico, etiológico, patogénico, topográfico o psicológico, que informan y orientan la mayor parte de las nomenclaturas, no es el criterio más conveniente para la administración sanitaria, ya que el punto de vista de la salud pública exige contemplar simultáneamente los problemas de la medicina asistencial, de la medicina sanitaria y de la medicina social;
- c) en consecuencia, la clasificación oficial debe ser “sanitaria”, entendiéndose en este concepto -por extensión de concepto y necesidad lexicológica- la palabra

“sanitaria”, como sinónimo de salud pública, aunque dentro de la terminología argentina la palabra sanitaria tiene un sentido restringido aplicándose solo a las especialidades que tienen por objeto la lucha contra el biofísico o mesocosmos;

- d) para la autoridad sanitaria el enfermo mental no interesa tanto como hecho individual o asunto científico, sino que interesa mayormente como problema social, familiar, jurídico o asistencial, en lo que puede implicar perjuicios para él, para su familia, para los vecinos o para el orden público en general;
- e) en segundo lugar importa acordarle el tratamiento más eficaz, simple y práctico, en el establecimiento adecuado;
- f) el concepto de “establecimiento adecuado” habitual y corriente en Psiquiatría no puede hacerse efectivo si, previamente, no se determinan los grandes sectores de enfermos y los tipos de tratamiento que le pueden ser comunes;
- g) con tal motivo, una clasificación sanitaria de los enfermos mentales comporta de hecho una clasificación correlativa de los establecimientos, en función del comportamiento médico-social del paciente, y no en función de etiología, patogénesis o sintomatología de su enfermedad”(50).

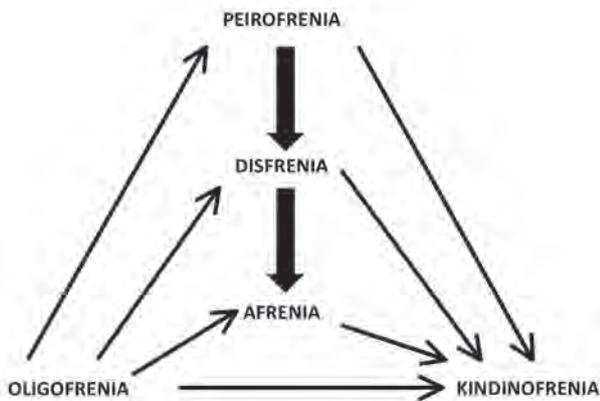
Carrillo insiste varias veces advirtiendo que su clasificación es de tipo dinámica (entiéndase no inspirada en el psicoanálisis como teoría psicopatológica, sino dotada de una suerte de plasticidad o movilidad interna que permitía pasar de un diagnóstico a otro en un mismo individuo a lo largo de la evolución de su enfermedad mental): “Toda causa que produzca o pueda producir una enfermedad mental, la originará indistintamente en cualquiera de los cinco grupos. En otros términos, la misma causa, el mismo agente, puede engendrar, según los factores concurrentes, peirofrenias, disfrenias, afrenias, oligofrenias y kindinofrenias.

En el Art. 28 dice: “Un caso determinado, clasificable dentro de un grupo, puede modificarse y evolucionar hacia otro grupo por transformación de las características principales como consecuencia del proceso inherente a la enfermedad.

Este ejemplo evidencia la inespecificidad de los grupos de la clasificación y también su mutabilidad. Los grupos clínicos no son sino expresión de estados mentales, más o menos esquemáticos y artificiales. Por lo mismo no son estados propios de una determinada enfermedad, sino de una determinada enfermedad en cierto momento de su evolución” (50).

²² En la Introducción de la Resolución Carrillo hace una aclaración, para “evitar discusiones”: “... freno frené, en griego significa ‘intelecto’, así, vagamente, entenderemos, a los fines de esta clasificación, por fren o frené, el armónico y normal funcionamiento de los distintos sectores de la vida psíquica. De este modo, ‘afrenia’, con el privativo a, no quiere decir que esté privado el enfermo de toda actividad intelectual, porque sería la muerte, sino que está privado del ‘armónico y normal funcionamiento de todos los sectores de la vida psíquica’. Del mismo modo, ‘asistolía’ no quiere decir que no hay sístoles, porque entonces estaría el corazón en síncope, sino que falta o está privado el corazón del ‘armónico y normal funcionamiento de todas sus partes’” (. Aparentemente luego de sus conferencias, dictadas el año anterior, Carrillo había recibido críticas (no “... fue posible hacer coincidir con ella las opiniones de los especialistas reunidos en los últimos congresos sudamericanos de Psiquiatría y Medicina Legal”, dice más adelante), y había preferido aplicar su propia nosografía, desechando también el consejo de la Comisión asesora que había designado, formada por Héctor M. Piñero (asesor psiquiátrico del Ministerio); Aristides M. Barrancos (ex Secretario Técnico de la Dirección de Hospitales Psiquiátricos y Adscripto al Servicio de Admisión del Hospital Nacional de Neuropsiquiatría); Eduardo Enrique Krafp; Braulio Moyano; Luis Martínez Dalke; Juan F. Solari (Jefe del Servicio de Admisión del Hospital Nacional de Neuropsiquiatría y Jefe de trabajos Prácticos de la Cátedra de Psiquiatría), que había recomendado adoptar la clasificación norteamericana, puntualizando que la que él elaboró: “... satisface las necesidades técnico administrativas, mejor dicho sanitarias, del Ministerio de Salud Pública”.

Figura 1. Esquema funcional de la clasificación. Muestra todas las posibilidades de evolución de un grupo hacia otro.



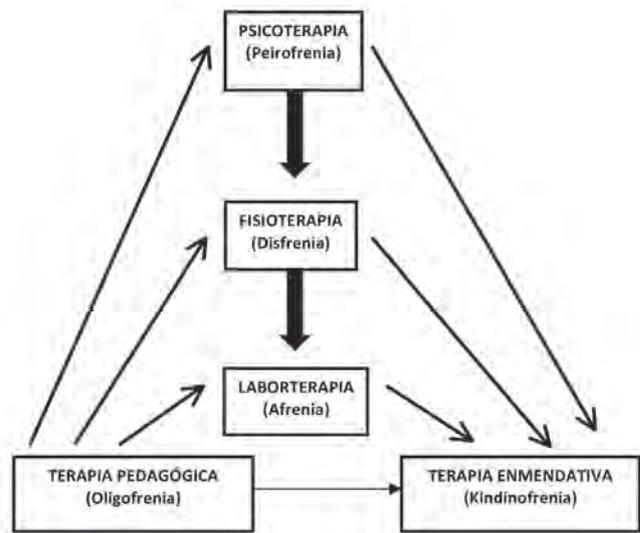
En el Art. 30 de la Resolución Carrillo explica que “El dinamismo de la clasificación se traduce en tres posibles líneas de evolución: 1) evolución directa; 2) evolución indirecta, y 3) evolución colateral (véase Fig. 1):

- La *evolución directa* es la que se produce por evolución desde las peirofrenias a las afrenias, pasando por las disfrenias. Esta es la evolución común y corriente. Casi toda enfermedad mental comienza siendo una peirofrenia; puesta en marcha puede determinar una disfrenia, detenerse allí o bien terminar en una afrenia.
- La *evolución indirecta* es la que se produce a partir de las oligofrenias. Vimos que la evolución directa se produce a punto de partida del individuo normalmente desarrollado o seminormal o peirofrénico; la indirecta se origina en la oligofrenia, es decir, en individuos ya deficientes y francamente anormales” (50). La oligofrenia puede evolucionar en tres sentidos: 1) hacia la peirofrenia, 2) hacia la disfrenia o 3) hacia una afrenia.
- La *vía colateral* de evolución es muy simple. Es la cuádruple convergencia de los cuatro grupos a las kindinofrenias (Fig. 1).

Preocupado por ordenar los recursos para el tratamiento de las enfermedades mentales el Ministro establece una vinculación de pertinencia para cada grupo de la clasificación: “La caracterización terapéutica en función del grupo taxonómico (Fig. 2) no tiene otro sentido que el de determinar cuál es el tratamiento y el establecimiento necesario en cada grupo, sin que esto excluya la posibilidad de cambiar o superponer tratamientos cuando se trate de estados de transición” (50).

Los cinco grupos en que se divide su clasificación deberán tener, para Carrillo, destinos institucionales y terapéuticos específicos: las Afrenias del primer grupo, son demencias irreversibles cuyo destino institucional

Figura 2. Esquema general de los tratamientos, en función de los grupos básicos de la nomenclatura, y posibilidad y orden de empleo de uno u otro método terapéutico.



son las Colonias. La patología de estos enfermos se diferencia tajantemente de las Disfrenias del segundo grupo que constituyen psicosis reversibles pasibles de fisioterapia. La diferenciación entre demencias y psicosis según su condición de reversibilidad muestra la pervivencia de ciertos criterios de G. Bosch. El tercer grupo llamado Kindinofrenia (neologismo creado por Carrillo) abarca sujetos considerados peligrosos por sufrir una “perversión de los instintos” que deben ser internados en hospitales penales para recibir terapia enmendativa. El cuarto grupo, las Oligofrenias, corresponde a pacientes con retardo por insuficiencia que deben ser internados en Hogares para ser objeto de un tratamiento pedagógico. Por fin, el quinto grupo, que incluye las Peirofrenias, incluye neuróticos y personalidades borderline que resultan derivables a Sanatorios y tratables con psicoterapia.

Como se dijo antes la clasificación propuesta por Carrillo despertó muchas críticas entre los especialistas. Algunos objetaban aspectos técnicos y clínicos, y la consideraban demasiado compleja, burocrática y forzada; otro, usando argumentos similares, en realidad, expresaban a través de una polémica aparentemente científica su antipatía por toda iniciativa surgida del gobierno peronista.

Para neutralizar las acusaciones de autoritarismo y demostrar que su intención no era imponer sus criterios sino dar un comienzo a la elaboración de una herramienta diagnóstica consensuada en nuestro país, Carrillo, termina el texto de su Resolución con un llamado al trabajo conjunto: “Quedan autorizados todos los psiquiatras y neurólogos del Ministerio de Salud Pública de la Nación, e invitados los de fuera del Ministerio, a remitir críticas, observaciones, sugerencias, perfeccionamientos, a la clasificación oficial de enfermos mentales, que se adopta por la presente resolución, con el propósito de mejorarla, eliminar errores, salvar omisiones, perfeccionar la terminología, etcétera. Considérese esta como única y oficial invitación a colaborar en la tarea de perfeccionamiento de la nomenclatura” (50).

Clasificación sanitaria de las enfermedades mentales.
Caracterización de los grandes grupos

1. Grupo	1. Afrenias 1%	2. Disfrenias 0,5%	3. Kindinofrenias 0,25%	4. Oligofrenias 1,25%	5. Peirofrenias 2%
2. Sinonimia	Demencia	Psicosis	Peligrosos	Retardados	Fronterizos
3. Clínica	Enfermedad	Síndrome	Complejo clínico	Enfermedad	Síndrome
4. Mecanismo	Deficiencia	Desviación	Perversión	Insuficiencia	Perturbación
5. Extensión	Integral	Parcial o integral	Parcial o integral	Parcial o integral	Parcial
6. Histofisiología	Lesión corticoneuronal	Disfunción corticoneuronal	Disfunción o lesión corticosubcortical	Lesión congénita o precoz corticoneuronal	Disfunción congénita corticosubcorticovegetativa
7. Etiología	Exógena lesional	Endógena microlesional o funcional	Exoendógenamiscelánea	Exoendógena; lesión disgenética o precoz	Endógena constitucional
8. Evolución	Crónica progresiva	Episodicoevolutiva	Episodicoagresiva	Crónica estacionaria	Episodicorresolutiva
9. Pronóstico	Irreversible	Semirreversible	Disreversible	Hiporreversible	Reversible
10. Autocrítica*	Pérdida completa y persistente	Debilitamiento (transitorio o persistente)	Pérdida o debilitamiento (transitorios o persistentes)	Inexistente o poco desarrollada	Debilitamiento (transitorio o persistente)
11. Sociabilidad	Asociales	Insociables	Antisociales	Semisociables	Seudosociales
12. Juridicidad	Incapacidad absoluta	Incapacidad absoluta o relativa	Irresponsabilidad, inimputabilidad, temibilidad	Incapacidad absoluta o relativa	Incapacidad relativa
13. Tratamiento	Laborterapia	Fisioterapia	Terapia enmendativa	Terapia educativa	Psicoterapia
14. Establecimiento	Colonia	Hospital	Kindinocomio	Hogar	Sanatorio

* Autocrítica: posibilidad de juzgar lúcidamente la realidad y el propio estado físico o mental.

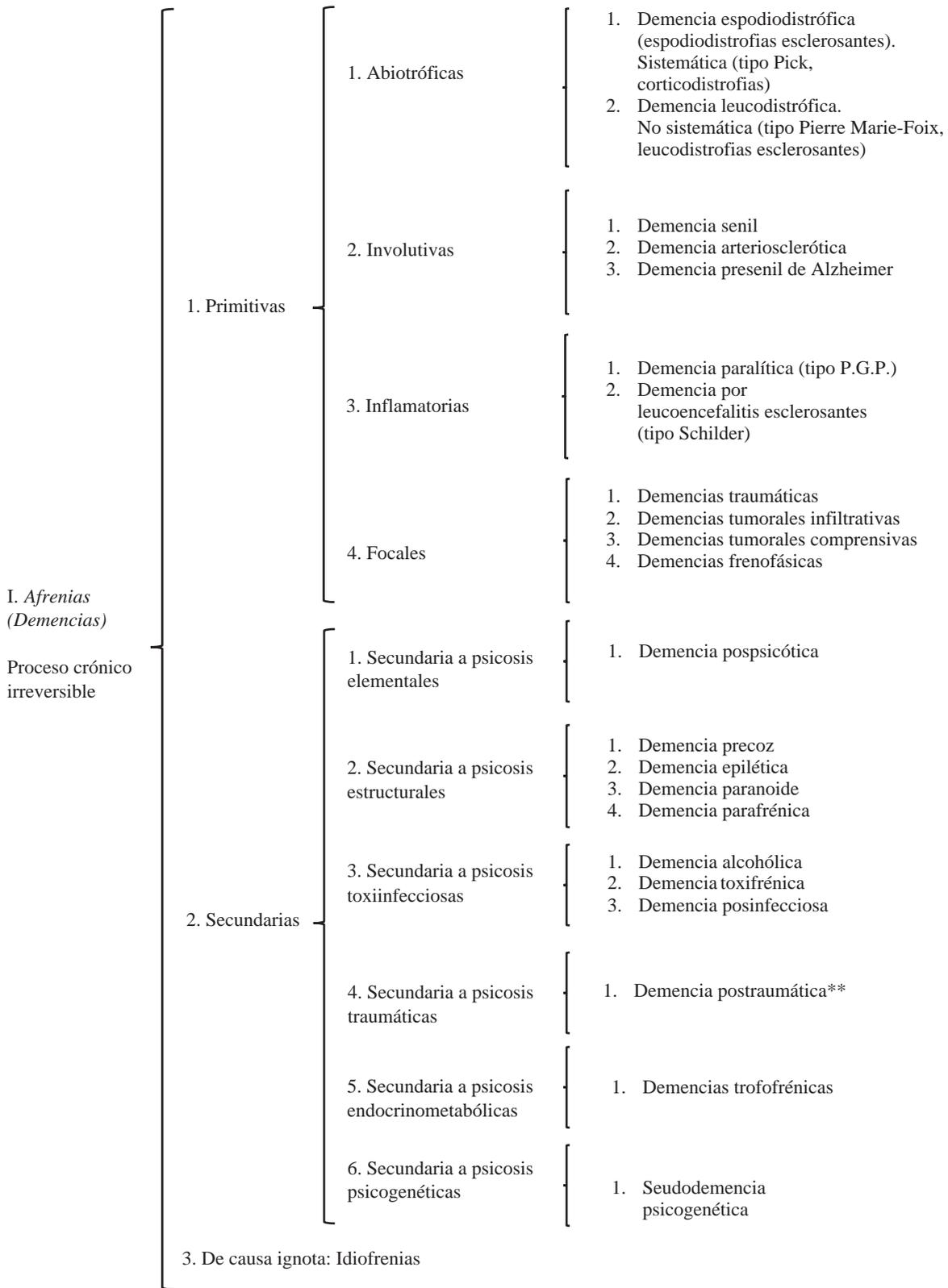
Clasificación sanitaria de las enfermedades mentales (cuadro de conjunto)*
(Carrillo, 1949)

Enfermedades mentales (frenopatías)	1. Afrenias	<p><i>Sinonimias:</i> demencia o estados de enfermedad orgánica o de disfunción integral irreversible, “Enfermedad” propiamente dicha, en el estricto sentido nosográfico, con etiología definida y lesión anatómica.</p> <p><i>Etimología:</i> a (α) prefijo privativo, (φρην) = fren = intelecto. En su sentido etimológico directo, diafragma, sede del intelecto según algunos prearistotélicos.</p>
	2. Disfrenias	<p><i>Sinonimias:</i> psicosis, amencias (?), estados sindrómicos o reaccionales, enfermedad funcional o reaversible o de disfunción parcial y/o transitoria, pudiendo hacerse permanente. Complejos sintomáticos; no son enfermedades en el sentido nosográfico, sino síndromes. Puede evolucionar y transformarse en “enfermedad auténtica”.</p> <p><i>Etimología:</i> dis = δυσ = mal, prefijo peyorativo, que quiere decir peor, perturbación, malo.</p>
	3. Kindinfrenias	<p><i>Sinonimias:</i> perversión instintiva, degeneración, disarmonías, estados peligrosos o estados de disfunción parcial o total de los instintos.</p> <p><i>Etimología:</i> kindinos = χινδυνος = peligro.</p>
	4. Oligofrenias	<p><i>Sinonimias:</i> retardados, inmaduros, frenastenias, deficitarios congénitos o estado de disfunción parcial o integral congénita o adquirida en los primeros tiempos de la vida.</p> <p><i>Etimología:</i> oligos = ολιγος = poco.</p>
	5. Peirofrenias	<p><i>Sinonimias:</i> fronterizos, semialienados, psicópatas, personalidades psicopáticas, neurosis, neuropatías, estados de microdisfunción parcial, premorbosos.</p> <p><i>Etimología:</i> peirás = πειρας = límite, frontera.</p>

* Las sinonimias son relativas. Los términos colocados como sinónimos no quieren decir exactamente los mismo unos que otros, pero su sentido se aproxima al concepto o a la palabra adoptada por el autor como cabeza del grupo; en cierta manera se trata más bien de palabras similares; no son realmente sinónimos y contienen por lo general solo una parte del concepto.

La palabra alienación ha sido eliminada de la nomenclatura por lo siguiente: 1) porque desde el punto de vista psiquiátrico, técnicamente, no quiere decir nada: es sinónimo de *enajenación*, de *insania* o simplemente de *locura*; 2) porque siendo una palabra de contenido vago y general, no sirve cumplidamente en psiquiatría forense porque no incluye a “todas las enfermedades mentales”; 3) porque no orienta ni sobre el tipo de establecimiento necesario ni sobre el método terapéutico.

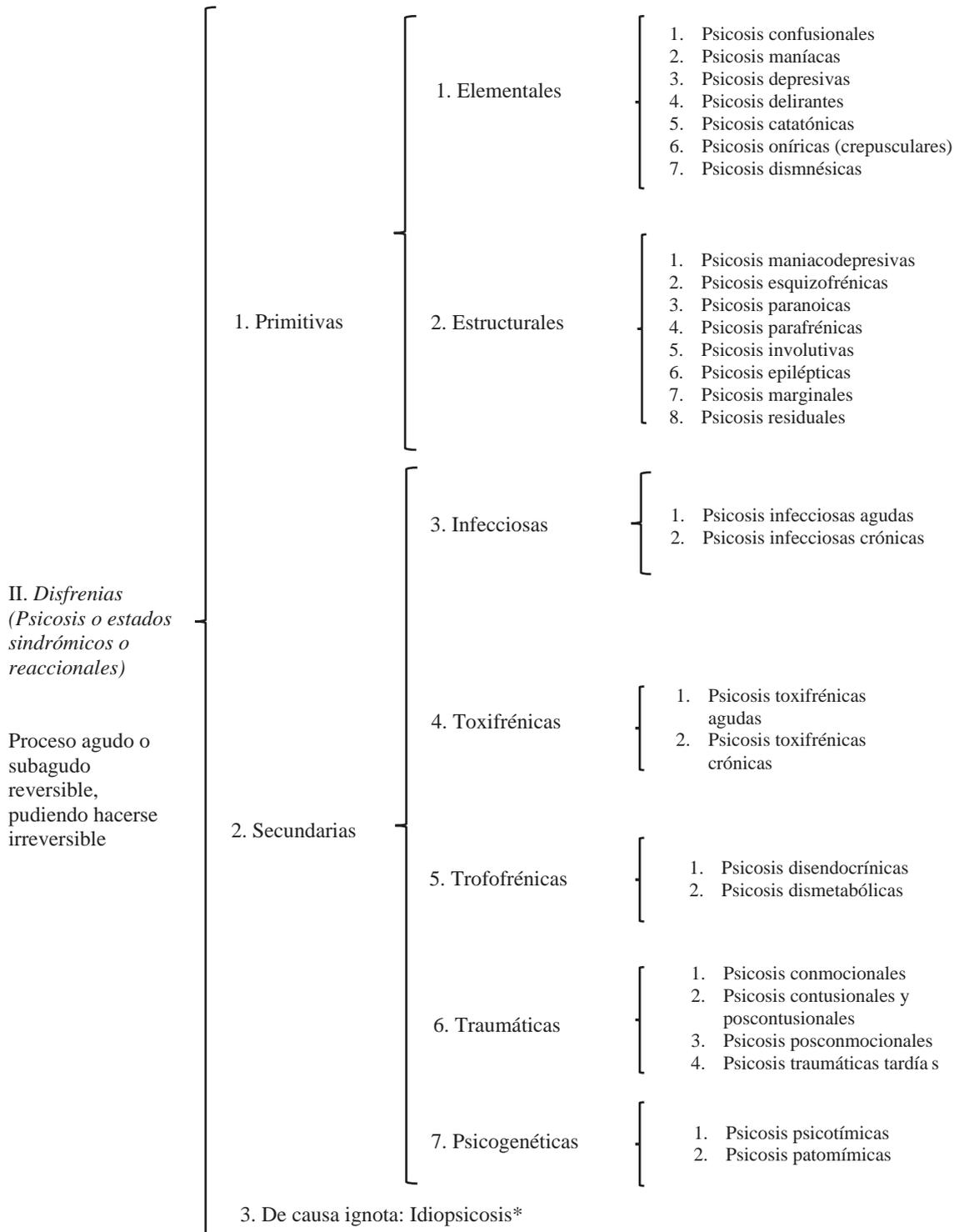
Clasificación sanitaria de los enfermos mentales*
Primera Parte. Cuadros sintéticos



* Etimología de las nuevas palabras empleadas: 1. *Espodiodistrofias*. Del griego: σποδιος (*spodios*) = gris. 2. *Leucodistrofias*. Del griego: λευκος (*leukos*) = blanco. 3. *Frenofasias*. Del griego: φρην (*fren*) = intelecto (por extensión, sentido etimológico = músculo torácico, diafragma, supuesto asiento de la inteligencia), φασις (*fasis*) = palabra. 4. *Trofofrenias*. Del griego: τρεφειν (*trefein*) = nutrir.

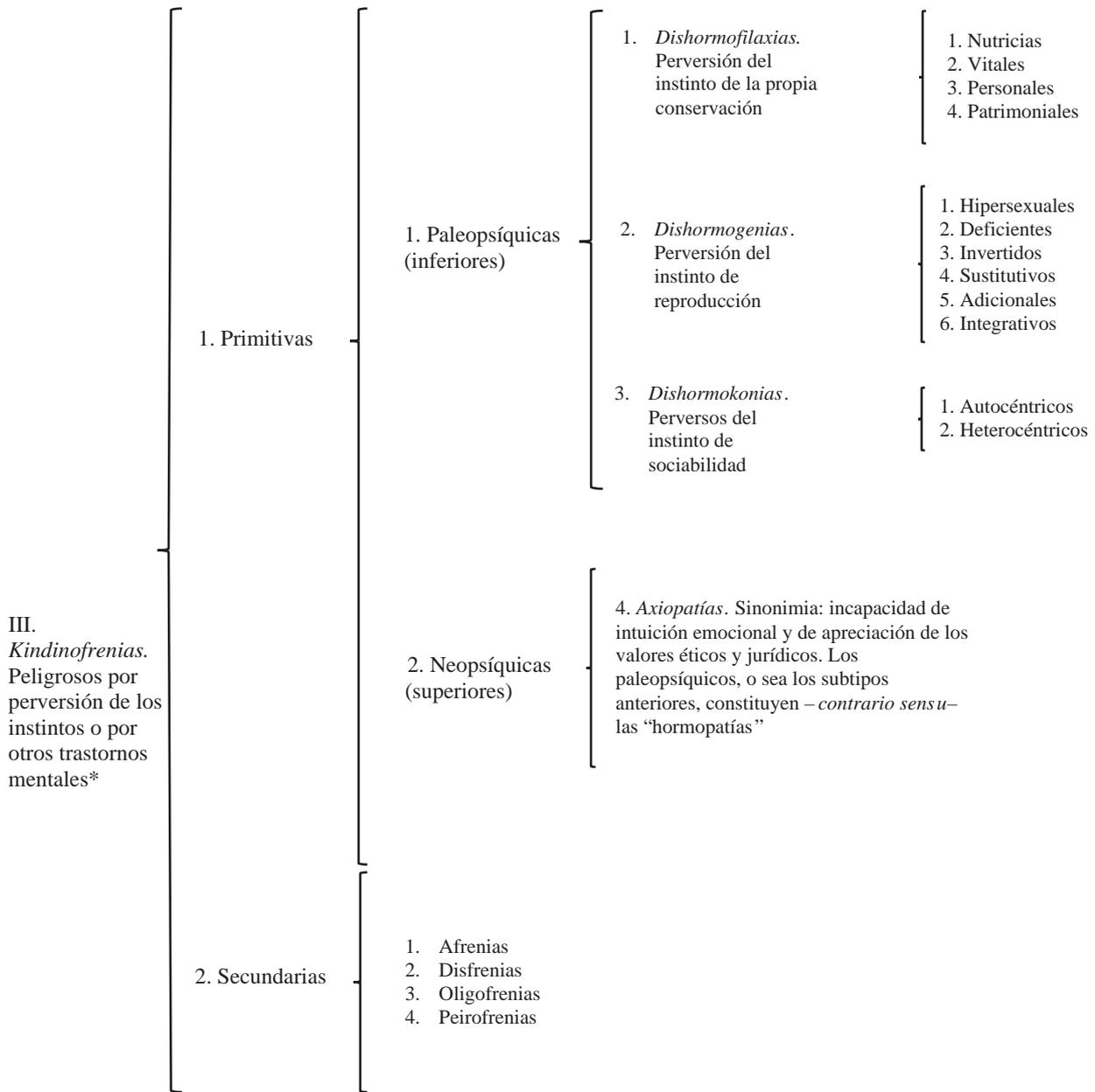
** Demencia postraumática se diferencia de demencia traumática, en el hecho de que en la postraumática hay un período previo de psicosis antes de llegar a la demencia.

Clasificación sanitaria de los enfermos mentales
Primera Parte. Cuadros sintéticos (continuación)



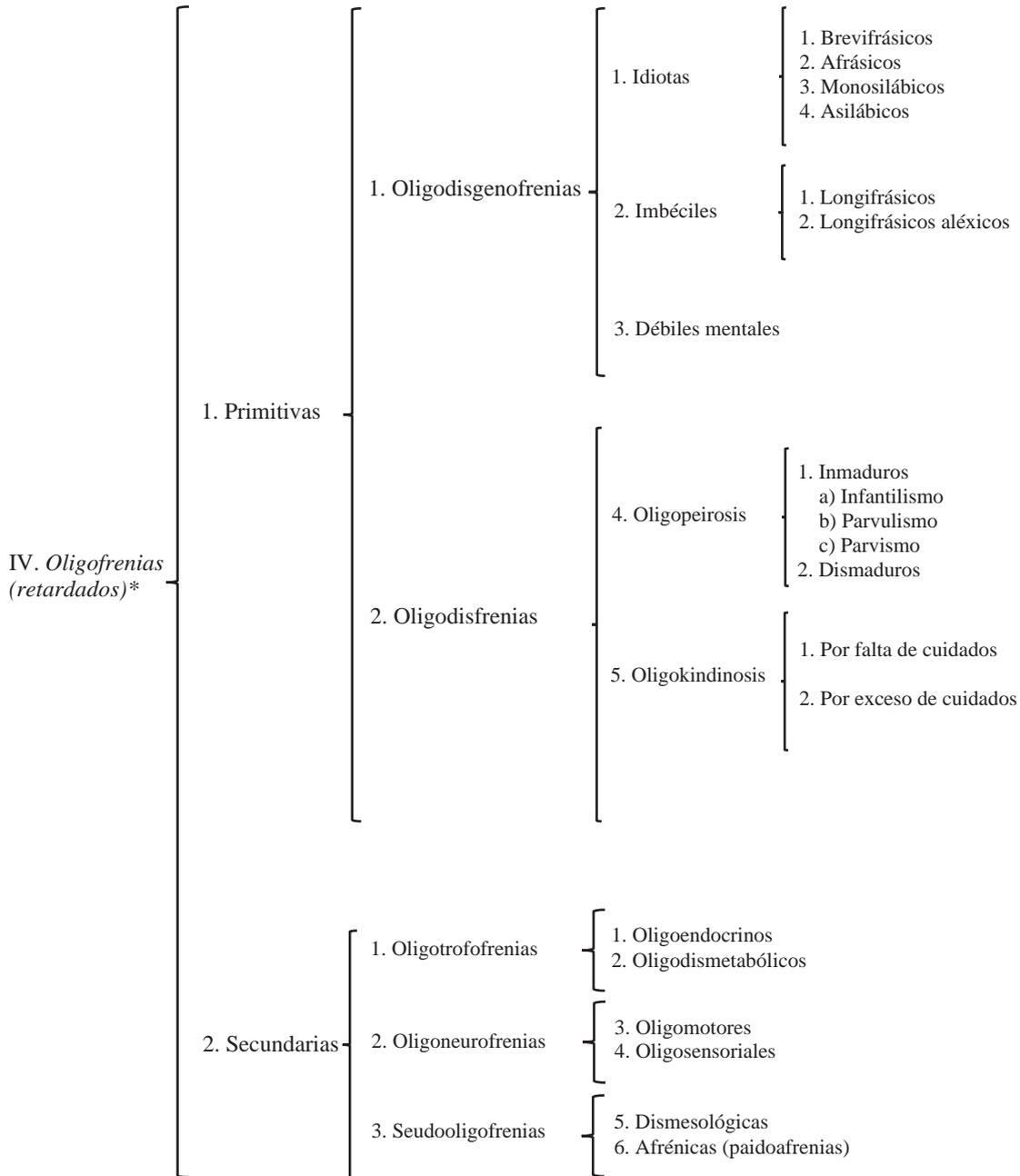
* Etimología de la palabra *idiopsicosis*. Del griego: ἴδιος (*idios*) = extraño, raro, enigmático.
Las "psicosis estructurales" son estados intermedios entre las psicosis y las demencias propiamente dichas, es decir, entre las disfrenias y las afrenias.

Clasificación sanitaria de los enfermos mentales
 Primera Parte. Cuadros sintéticos (continuación)



* Etimología de las nuevas palabras empleadas: 1. *Dishormofilaxia*. Del griego: *ορμη* (*hormé*) = instinto; *φυλασσειν* (*filassein*) = guardar, conservar. 2. *Dishormogenias*. Del griego: *ορμη* (*hormé*) = instinto; *γεν* (*gen*), raíz de la palabra *gignéin* = producir. 3. *Dishormokonias*. Del griego: *ορμη* (*hormé*) = instinto; *χορνια* (*keinia*) = colectividad, comunidad. 4. *Axiopatías*. Del griego: *ἀξίωμα* (*axioma*) = verdad valedera.

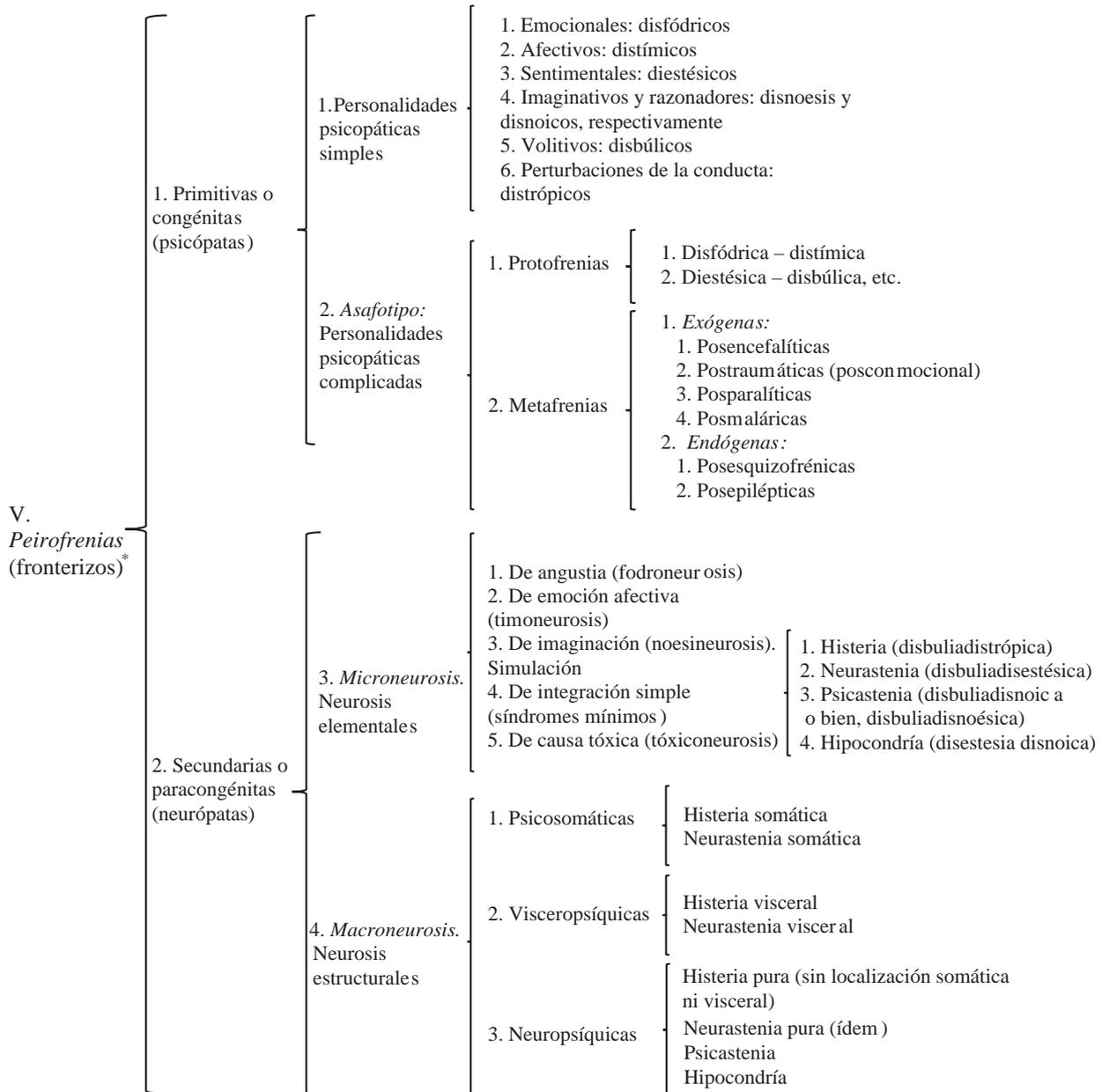
Clasificación sanitaria de los enfermos mentales
Primera Parte. Cuadros sintéticos (continuación)



* Paidofrenias. Del griego: *παῖς* (país) = niño.

Oligofrenias. Sería más exacto llamar a este grupo "oligodisomatofrenia", ya que en los oligofrénicos existe a la vez insuficiencia y deficiencia del desarrollo, poco desarrollo (*oligo*), perturbación funcional (*dis*), que afecta tanto al cuerpo (*soma*; malformaciones somáticas) como al psiquismo (*frenia*).

Clasificación sanitaria de los enfermos mentales
Primera Parte. Cuadros sintéticos (continuación)



* Etimología de las nuevas palabras empleadas: 1. *Disfodrias*. Del griego *φοδος* (*fodros*) = emoción violenta, pasión violenta, ira. 2. *Distímicos*. Del griego: *επιθυμία* (*epitimia*) = afecto, deseo. Distimia es palabra de viejo uso. 3. *Disnoicos*. Del griego: *νοος* (*nos*) = inteligencia o *νοησις* (*noesia*) = conocimiento. Cuando se habla de disnoicos, nos referimos a perturbaciones del razonamiento y lógica, y de disnoesis, a perturbaciones de la imaginación. Este sentido es convencional, aunque etimológicamente no es exacto. Por eso tendríamos paranoicos y paranoésicos, según el delirio sea de razonamiento o de imaginación. 4. *Disestésias*. Del griego: *dis* = prefijo peyorativo y *αισθησις* (*aistesis, estesis*) = sentimiento. 5. *Disbúlicos*. Del griego: *βουλη* (*bule*) = voluntad. 6. *Distrópicos*. Del griego: *τροπος* (*tropos*) = carácter, costumbre, conducta. 7. *Haplotipos*. Del griego: *απλος* (*aplos*) = sencillo. 8. *Asafotipos*. Del griego: *ασαφης* (*asafes*) = opaco a causa de su complejidad. Cuando al hablar de las microneurosis, o neurosis mínimas, utilizamos el término disbúlico, lo hacemos como sinonimia de sugestibilidad, que es un síntoma deficitario de la voluntad. Las "asofeneurosis" constituirían las "macroneurosis".

IX

Roberto Ciafardo

En el Capítulo V, “La clasificación de las enfermedades mentales” de su texto *Psiquiatría* (53), de 1958, el profesor de la materia en la Facultad de Ciencias médicas de la Universidad Nacional de La Plata, Roberto Ciafardo²³, presenta, a los fines de fundamentar su posición respecto de la nosología de las enfermedades mentales, una definición de lo que debe considerarse “perturbación mental”. Pero antes, y tal fin, propone la definición de Nerio Rojas de actividad mental normal, entendiéndolo por tal a aquella que “dentro de las variaciones individuales y las oscilaciones fisiológicas en el mismo sujeto, debemos considerar hombre mentalmente normal a aquel que aprecia con exactitud todas las formas accesibles de la realidad, para actuar con inteligencia en el medio ambiente, dentro de una adaptación activa, lógica y útil entre hechos, cosas y personas” (54). A partir de esta definición de normalidad, no exenta de una fuerte imprecisión epistemológica y carga ideológica, Ciafardo pasa a definir su contrario, la enfermedad mental, en los términos siguientes: “... la enfermedad mental comporta siempre un trastorno estable, cuantitativo o cualitativo, por afección o anomalía de las funciones psíquicas, que altera el resultado práctico de la actividad de las mismas y que, según su importancia, determina los diversos procesos de alienación o semialienación”. Y completa la definición recurriendo a la opinión de Ernest Dupré²⁴ quien adjudica a la alienación una característica esencial: la inadaptación social ya que a su juicio, cita Ciafardo, “... el alienado es un sujeto que, bajo una influencia morbosa, comete actos extraños, no motivados para aquellos que lo observan, peligroso para sí mismo y para los otros y que por eso es pasible de medidas de protección que le aseguran las leyes a él y a la sociedad” (55). Y agrega que en opinión de Nerio Rojas otra característica esencial de la alienación es la inconciencia de la situación patológica, definiendo a la alienación como “el trastorno general y persistente de las funciones psíquicas, cuyo carácter morboso es ignorado o mal comprendido por

el enfermo y que impide la adaptación lógica y activa a las normas del medio ambiente, sin provecho para sí mismo ni la sociedad” (53).

Entre los que define como estados de semialienación (o estados fronterizos), intermedios entre la normalidad y la alienación, y al no restringir la capacidad de crítica no afectan integralmente la capacidad de adaptación al medio, Ciafardo ubica la *histeria*, la *neurastenia*, la *psicasteria*, la *epilepsia*, los trastornos producidos por “hábitos tóxicos inveterados” y muchos de los que poseen la anomalías de la llamada *constitución psicopática*.

Estas formas de semialienación ocupan unas escasas veinte páginas de su libro. El grueso de la obra está dedicado a la semiología general, a las formas de la alienación y a su tratamiento.²⁵

En efecto, luego de comentar y reproducir sintéticamente la clasificación de Kraepelin, la de la *American Psychiatric Association*, adoptada para la región en las Jornadas Neuropsiquiátricas Panamericanas realizadas en Santiago de Chile en 1937 y la de J. T. Borda adoptada por el Congreso Nacional de Medicina en 1922 (*vide supra*), Ciafardo comenta que: “Además [de ellas], existen otras numerosas clasificaciones de los procesos psicopáticos, que varían de acuerdo con el criterio adoptado por los respectivos autores para agruparlos”, y prefiere, simplificando el problema, adscribir a una nosografía, apoyada en los datos de la clínica y la patología, dividida en pocas categorías respecto de las cuales, cualquiera fuere el criterio referido, coinciden todos o, al menos, la mayoría de los autores. En consecuencia, reconoce cinco formas de alienación (53):

“I.- Los grandes estados de *distimia*, es decir, la psicosis maniaco-depresiva y la manía y la melancolía esenciales.

La primera constituye, según la concepción de Kraepelin, un proceso de enfermedad mental permanente, que se evidencia desde la infancia, desarrollándose en sujetos de constitución viciosa y evoluciona por accesos psicopáticos, alternantes, similares o mixtos, de excitación y depresión; las dos últimas representarían, según muchos observadores, verdaderas entidades no-

²³ Roberto Ciafardo nació en la ciudad de Bolívar, provincia de Buenos Aires, en 1908, y falleció en La Plata el año 1978. Egresó de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata en el año 1931 y, en 1936, logró el título de Jefe de Trabajos Prácticos en la cátedra de Psiquiatría, llegando a ser su Profesor Titular en el año 1955. Simultáneamente fue Profesor de Criminología en la Facultad de Ciencias Jurídicas, Profesor en la Escuela Superior de la Policía Federal y tuvo una gran producción científica con más de 120 trabajos publicados. Fue Decano de la Facultad de Ciencias Médicas en los años 1957 y 1958 y entre los años 1962 y 1964, y, elegido por tercera vez Decano renunció para ser Presidente de la Universidad Nacional de La Plata. Fue autor de varios libros de texto entre los que se destacan: “Psiquiatría”, una “Criminología”, síntesis acabada de las lecciones de Criminología dictada por Ciafardo en la Escuela Superior de la Policía Federal y la de la Provincia de Buenos Aires, una “Psicopatología Forense” y el “Tratamiento Farmacológico de las Enfermedades Mentales”.

²⁴ Ernest Dupré fue el sucesor de Gilbert Ballet como titular de la cátedra de Enfermedades Mentales del Hospital Sainte Anne de París en 1916. En ese mismo año se hizo cargo de la Enfermería especial de la Prefectura de París adonde tuvo como discípulos a Benjamín Logre y Gaëtan Gatian de Clérambault. Asimismo, Dupré es recordado en la historia de la psiquiatría por haber creado los términos puerilismo (1903) y mitomanía (1905), y por su descripción de los que denominó delirios de imaginación, constitución emotiva y debilidad motriz (56).

²⁵ Cabe agregar que a los estados de alienación y semialienación, que considera procesos psicopáticos más o menos estables, el autor agrega los trastornos de inconsciencia transitoria, o sea, “los accesos de suspensión del ejercicio de las funciones del psiquismo superior, con liberación consecutiva de la actividad automática o subconsciente o amnesia que abarca los hechos acontecidos durante el lapso de evolución de la crisis”. Estos casos son de dos tipos: 1) los sintomáticos de afecciones mentales, como los accesos de epilepsia, hipnotismo, sonambulismo y embriaguez del sueño, y 2) los que responden “a causas extrañas a toda enfermedad mental, como los consecutivos a traumatismos de cabeza, intoxicaciones agudas y emoción violenta” (53).

sológicas autónomas constituidas por los casos en que el ataque de melancolía o de manía aparece aislado en la vida de sujetos de salud mental perfecta, o es seguido de recidivas poco numerosas que no se producen sino después de largos periodos de eupsiquia.

II.- Los estados de *desviación del juicio* traducido por ideas patológicas que suscitan, despiertan o activan sentimientos, emociones, afectos y pasiones de carácter morboso y determinan la ejecución de actos inadecuados o inconvenientes, es decir, las psicopatías denominadas delirios esenciales, que comprenden: *el delirio sistematizado o crónico* y *el delirio polimorfo de los disarmónicos* o "acceso" o "soplo" delirante, o sea, el de carácter evolutivo agudo.

III.- Los estados psicopáticos de origen tóxico o toxiinfeccioso, es decir, las psicopatías clínicamente definidas por los fenómenos propios de la *confusión mental*, con o sin síntomas sobre agregados de otra naturaleza tales como trastornos de excitación, depresión o concepciones delirantes.

III.- Entre los procesos de origen tóxico exógeno se destacan, por su frecuencia, los *accesos psicopáticos subagudos del alcoholismo*, que comprenden las siguientes formas clínicas: confusión mental simple, delirio agudo o confusión mental con onirismo, confusión mental con ideas delirantes de persecución, confusión mental con excitación o "manía alcohólica", confusión mental con depresión o "melancolía alcohólica", *delirium tremens* y psicosis polineurítica de Korsakow.

El acceso subagudo desaparece, de ordinario, a través de una evolución más o menos breve; pero la persistencia del hábito tóxico puede redundar en la reproducción de los accesos y, en ese caso, en su intensificación o su estabilización, susceptible de conducir secundariamente a estados psicopáticos crónicos: delirio sistematizado o demencia.

IV.- Los estados de *hipogenesia psíquica*, comprendidos en la denominación genérica de *frenastenia, oligofrenia* o *debilidad mental*.

Durante mucho tiempo -dice el autor- la clasificación de esos procesos ha sido abordada desde un punto de vista exclusivamente cuantitativo; la clásica distinción entre *idiotas, imbeciles* y *simples de espíritu*, que arranca de la obra de Esquirol, y se funda en los diversos grados de gravedad que reviste la insuficiencia del desarrollo, es todavía adoptada por gran número de alienistas.

Otras clasificaciones más modernas, entre las que se destaca la de Sante de Sanctis, se adaptan mejor a la diversidad de modalidades clínicas que comporta la enfer-

medad, porque redundan en resultados más analíticos y, por lo tanto, más precisos.

Así la de Sante de Sanctus se basa en estos elementos de juicio: a) la patogenia del proceso; b) el tipo clínico, sea cual fuere la patogenia; y c) el grado de insuficiencia sea cual fuere el tipo.

Del punto de vista patogénico, las frenastenias son *biopáticas*, que tiene por base una anomalía de constitución; *cerebropáticas*, que son consecutivas a enfermedades cerebrales del periodo evolutivo o de la primera infancia; y *biocerebropáticas*, en cuya patogenia el factor hereditario, acaso insuficiente por sí solo, habría facilitado la acción de la enfermedad adquirida; estas últimas incluyen las que son producidas por trastornos generales del organismo que repercuten sobre el cerebro, como por ejemplo las que son sintomáticas o secundarias a insuficiencia, alteración o desarmonía funcional del aparato glandular endócrino y que de Sanctus denomina *disglandulares* o *glándulo-distróficas*.

Del punto de vista clínico, existen cinco tipos de mentalidad "frenasténica": el *idiótico*, el *imbecílico*, el *vesánico*, el *epileptoide* y el *infantil*, los cuales pueden comportar uno de los siguientes grados: alto, medo, intermedio y leve.

V.- Los estados de *desmedro global de las funciones mentales*, es decir, las *demencias*, pueden instalarse como afección descendora del psiquismo en sujetos mentalmente sanos hasta entonces, o desarrollarse como etapa evolutiva de otros trastornos psicopáticos previos.

Existen pues, dos categorías de demencias: las primitivas y las secundarias. Son primitivas, la *demencia precoz*, las *demencias seniles*, la *demencia paralítica*, la *demencia coreica*, y las "*demencias orgánicas*"; y secundarias, las *demencias vesánicas*, es decir, las desarrolladas en la evolución de la manía, la melancolía y los delirios esenciales; las *demencias terminales de algunas psicopatías de los disarmónicos* o *sujetos de constitución psicopática*; las *demencias consecutivas a procesos psicopáticos de origen tóxico o toxi-infeccioso*; y las llamadas *demencias neuropáticas*, como la *epiléptica*".

En suma, Ciafardo adhiere a una clasificación sindrómica basada en las descripciones clínicas, aunque adjudicando a algunas de ellas una posible etiología orgánica no bien esclarecida; particularmente en los casos de confusión mental de origen toxiinfeccioso; cuadros tóxicos exógenos, como el alcoholismo; frenastenia, oligofrenia o debilidad mental, de origen constitucional, debida a enfermedades neurológicas o una combinación de ambas causas a la vez; y las demencias, particularmente las orgánicas.

X

Enrique Eduardo Krapf

En su texto *Psiquiatría* (59) Enrique Eduardo Krapf²⁶ presentó una clasificación de los enfermos mentales que las dividía en:

1. Insuficiencias psicopáticas primarias

- Oligofrenias.
- Disfrenias.

2. Reacciones psicopáticas

- Situativas.
- Histéricas.
- Psicósomáticas.
- Desviaciones (perversiones) sexuales anormales de los insuficientes.

3. Afecciones psicopáticas

a) Episódicas

- Disbiotónias.
- Disritmias.
- Sintomáticas.

b) Procesales

- Esquizofrenia.
- Demencias seniles y preseniles.
- Sintomáticas (de infección, intoxicación, etc.).

La categoría *Disfrenia*, concepto que, aunque asignándole un significado diferente, Carrillo tomó de Krapf, era concebida por éste último como una psicosis reversible. Por otro lado, persiste la influencia de los criterios de Bosch cuando se adopta la condición de reversibilidad para diferenciar las demencias de las psicosis.

XI

Juan C. Betta

En su conocido *Manual de psiquiatría*, Juan Carlos Betta, quien fue Jefe de Trabajos Prácticos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y jefe de Servicio en el Hospital Nacional "J. T. Borda" de la ciudad de Buenos Aires, presentó una clasificación sindrómica de los trastornos mentales "respetando, desglosando y recopilando conceptos de los tres indiscutidos maestros argentinos, profesores Borda, Ameghino y Bosch", en los siguientes términos: "Mientras no se tenga un conocimiento más acabado de las enfermedades mentales que permita un ajustado criterio etiopatogénico y anatomopatológico, sostenemos la conveniencia de continuar manteniendo, como hasta el presente, el concepto de síndromes mentales, con las aclaraciones que nos facilitan las clasificaciones antes mencionadas" (60).

Clasificación de Juan C. Betta (54)

"Enfermos mentales alienados (sujetos con juicio alterado, sin autonomía psíquica):

Teniendo en cuenta el criterio del prof. Ameghino, agrupamos a los alienados en *orgánicos* y *funcionales*.

Los *orgánicos* se deben a:

- 1) *Insuficiente desarrollo del juicio*, por esta causa no llegan a adquirir autonomía psíquica, a excepción de los débiles mentales leves que tienen una relativa autoconducción y autodeterminación. Excepción que nunca se encuentra en los idiotas, imbeciles y débiles mentales profundos. Estos enfermos integran el *Síndrome oligofrénico ofrenasténico*.
- 2) *Debilitación del juicio* como consecuencia de la debilitación global de la psique. En este caso se produce la *pérdida definitiva de la autonomía psíquica*. La debilitación, que puede ser primitiva o secundaria, agrupa a numerosas entidades clínicas dentro del llamado *Síndrome demencial*.
- 3) *Suspensión del juicio*; consecuencia de la suspensión de todas las manifestaciones psíquicas por causas tóxicas, infecciosas, traumáticas, emocionales, etc.

²⁶ Enrique Eduardo Krapf nació el 4 de julio de 1901, en Bavaria, en el seno de una familia perteneciente a la burguesía acomodada. Su padre era médico. Cursó precozmente la escuela elemental y obtuvo su título de bachiller en el Gymnasium Kaiser-Friedrich. Se recibió de doctor en medicina, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Leipzig en 1923 con la tesis intitulada: "Los síntomas catatónicos en la locura maniaco-depresiva". Durante más de cinco años concurrió al Servicio de Neurología de la Facultad de Ciencias Médicas de Hamburgo donde se formó con el profesor Nonne quien lo envió a hacer una práctica en el Hospital Alemán de la Ciudad de Buenos Aires. Volvió a Alemania en 1926. Inmediatamente ingresó como Médico Interno en la Clínica Neuropsiquiátrica de la Facultad de Ciencias Médicas de Munich bajo la dirección del Profesor Oswald Bumke. Fue Jefe de Clínica de la Cátedra de Psiquiatría y Neurología en 1927 y mantuvo el cargo hasta 1929. En 1928 fue nombrado médico agregado extranjero de la Cátedra de Clínica Neurológica de la Facultad de Ciencias Médicas de París dirigida por el Profesor Guilan. En 1932 fue nombrado asistente científico y Jefe de Consultorios Externos de la Clínica Neuropsiquiátrica de la Facultad de Ciencias Médicas de Colonia, bajo la dirección del Profesor Aschaffenburg. Poco después, debido a la persecución antisemita del régimen nazi debió emigrar a París adonde comenzó a trabajar en Neuropatología con el prestigioso profesor Ivan Bertran en La Salpêtrière. Se instaló luego en Escocia adonde, por examen obtuvo el título de Fellow de la Royal Society of Glasgow. Años más tarde en 1937, fue nombrado médico agregado extranjero de la cátedra de Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Ciencias médicas de Londres dirigida por el profesor Mapother. En 1933 emigró a la Argentina y resolvió revalidar todas las materias y, en 1937, se recibió de Doctor en Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires con una tesis sobre "La influencia del ritmo meteorológico sobre las enfermedades mentales. Contribuciones a una meteoropatología argentina.", que dirigió el Dr. Gonzalo Bosch, por entonces director del Hospicio de las Mercedes. Ese mismo año ingresó al Hospicio de la Mercedes como Médico Agregado y, en 1938, fue nombrado Jefe Interino del Servicio de Admisión. En 1939 es Jefe del Servicio de las Fuerzas Armadas para pensionistas de 3ra. Clase y personal subalterno; en 1942, neuropsiquiatra honorario del Hospital Británico y, en 1945, Jefe de Servicio del mismo Hospital (57). Paralelamente completó su análisis didáctico con Ángel Garma, tarea que ya había comenzado en Londres con Melanie Klein quien vivía en Inglaterra desde 1936 (57). En la Facultad de Medicina, hizo la carrera docente. Fue Adscripto, docente libre en 1948 y Profesor Adjunto de 1949 a 1953. Fue asiduo colaborador de la revista *Neuropsiquiatría* que contaba entre sus miembros a Omar Ipar, Luis Bonich, Mauricio Goldenberg, Carlos Pereyra y Ramón Melgar. Entre 1951 y 1952 ejerció la función de Vicepresidente y luego Presidente del Comité Ejecutivo de la Federación Mundial para la Salud Mental (57). El 17 de diciembre de 1951, en la ciudad de México se creó la Sociedad Interamericana de Psicología (SIP), en la que fue elegido primer Presidente Krapf (58). En 1953 partió hacia Ginebra, la Higiene Mental o Salud Mental comenzaron a formar parte de sus intereses principales. A principios de 1954 fue nombrado jefe de la Sección Salud Mental de la OMS, cargo en el que se jubiló en 1963. Enrique Eduardo Krapf falleció en Suiza el 9 de diciembre de 1963 (57).

En estos casos hay una *suspensión transitoria de la autonomía psíquica*; cuando las lesiones de ataque son graves e irreversibles pueden llevar a la *pérdida definitiva* de las mismas. Estos estados integran el *Síndrome confusional*

- 4) *Debilitación del juicio con disloque de la unidad psíquica*. Su consecuencia es la *pérdida de la autonomía psíquica* con remisiones temporarias, terminando por ser *definitiva*. Aun cuando no se conocen lesiones anatómicas específicas, dado el cuadro clínico colocamos a estos estados entre los *orgánicos*, en el límite de separación con los llamados *funcionales*. Son los que integran el *Síndrome esquizofrénico*.

Los alienados *funcionales* sufren una *desviación* del juicio producida por:

- 1°) Una gran exaltación afectiva con intensas reacciones emocionales. En estos casos hay una *pérdida temporal de la autonomía psíquica*, hasta tanto perdure la tensión afectiva que desvía el juicio.

Cuando la carga afectiva coloca el humor en el campo del placer y de la alegría, acompañándose de aumento de la actividad motriz, se produce el *Síndrome de excitación psicomotriz*.

Cuando el humor vira hacia el desplacer y la tristeza, con merca de la actividad motora, se produce el *Síndrome de depresión psicomotriz*.

- 2°) La exaltación que produce el problema ideoaectivo.

En estos casos hay *pérdida de la autonomía psíquica* que, según las formas clínicas, puede ser temporal o definitiva. Es el *Síndrome delirante*.

Enfermos mentales no alienados (sujetos con juicio no alterado, con autonomía psíquica pudiendo presentar solamente inestabilidad o debilitación transitoria):

Cuando la perturbación psíquica no llega a desviar ni a debilitar el juicio tampoco se pierde la *autonomía psíquica*, que solo se debilita temporalmente en algunos casos y muestra gran inestabilidad en otros.

- a) Cuando se produce la debilitación temporal de la autonomía psíquica el juicio continúa controlando, aunque palidece el vigor y la firmeza de sus conclusiones. Pertenecen a este grupo las *Neurosis*.
- b) Los casos de gran inestabilidad de la autonomía psíquica pueden producir, también en forma discontinua, períodos de descontrol del juicio con alteraciones de la conducta. Pertenecen a este grupo las *Personalidades psicopáticas o premorbosas*".

Como la mayoría de sus predecesores, Betta acuerda también con una nosología sindrómica en psiquiatría.

XII

Otros aportes argentinos a la nosología y la nosografía psiquiátrica

a) Enrique Pichon-Rivière: la oligotimia y la Enfermedad Única

En su curso de "Introducción a una Psiquiatría Psicoanalítica", dictado durante el año 1943 en el Hospicio de las Mercedes para estudiantes del Instituto de Psicoanálisis, Enrique Pichon-Rivière²⁷ presentó una articulación de la nosografía psiquiátrica aceptada en la época con la nosología freudiana, explicando los dinamismos subyacentes a cada cuadro desde la teoría psicoanalítica. Para tal fin, se basó en un detallado conocimiento de los aportes del mismo Freud, y de Abraham, Schilder, Fenichel, Ferenczi, Meninger, Melanie Klein, Grotjahn, Nunberg, y otros autores psicoanalíticos.

Las notas de ese curso dieron origen a un extenso artículo, que publicó tres años después, en 1946, en el *Index de Neurología y Psiquiatría*, con el título: "Exposición sucinta de la teoría especial de las neurosis y psicosis". En ese texto se hace referencia por primera vez a la oligotimia en los siguientes términos: "Del gran grupo de los oligofrénicos se ha aislado y estudiado un tipo de enfermos cuya característica esencial consiste en un paro o estancamiento en el desarrollo de la afectividad. El examen con los tests mentales pone en claro que el trastorno evolutivo se refiere específicamente a la vida afectiva, siendo el desarrollo mental en la mayoría de los casos normal.

Esa disociación entre la afectividad y la inteligencia fue denominada por la Escuela Francesa esquizonoia. También fueron dadas otras denominaciones, como seudodebilidad, y seudoimbecilidad, que fueron clasificadas dentro de los trastornos causados por la inhibición. Landauer, Berta Bornstein y Bergler realizaron desde el punto de vista psicoanalítico los estudios más profundos sobre las formas adultas. Son las denominadas oligotimias.

Con Arminda Aberastury hemos estudiado la seudodebilidad en los niños, llegando a caracterizar algunos tipos. Por ejemplo, aquellos donde el estancamiento psicosexual (infantilismo) es predominantemente oral o anal. En otros casos parece haber existido un proceso de regresión, es decir que conseguido cierto grado de evolución se produjo un regreso a organizaciones inferiores. A estos enfermos los hemos denominado oligotímicos, para establecer fácilmente su relación y la diferencia con el grupo de los oligofrénicos". Pichon-Rivière se refiere

²⁷ Enrique Pichon-Rivière nació el 25 de junio de 1907 en Ginebra, Suiza, de padres franceses y llegó a la Argentina a la edad de cuatro años. Su familia se instaló en el Chaco y luego en Goya, provincia de Corrientes, adonde pasó su infancia. Cursó la carrera de medicina en la Universidad de Buenos Aires, adonde se graduó de médico en 1936. Poco después pasó al Hospicio de las Mercedes adonde trabajó largo tiempo. Introdujo el electroshock y fue uno de los primeros en ensayar la imipramina en la Argentina. Fue co-fundador junto a Angel Garma, Celes Cárcamo, Arnaldo Rascovsky, Enrique Ferrari Hardoy y Marie Langer, de la Asociación Psicoanalítica Argentina (A.P.A.), en 1942. Más tarde se alejó de la A.P.A. para orientarse a su original trabajo teórico y técnico en el campo de la Psicología Social y fundó su Escuela. Introdutor de la psiquiatría dinámica en la Argentina, creador de los Grupos Operativos y de la noción de ECRO (Esquema Conceptual Referencial Operativo), Pichon ejerció una influencia determinante como maestro sobre varias generaciones de psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas argentinos hasta la actualidad. Falleció en Buenos Aires el 16 de julio de 1977 (20).

aquí al trabajo presentado con Arminda Aberasturi, en 1940, en el Segundo Congreso Panamericano de Endocrinología (64).

Y continúa diciendo: “Estos niños son susceptibles de un tratamiento psicoanalítico. Con el doctor Arnaldo Rascovsky hemos estudiado un tipo especial de oligotímico en el síndrome adiposo-genital prepuberal del varón” (65, reproducido en 66 y citado en 67).

En la génesis de este último cuadro clínico, que había sido descrito en sus aspectos somáticos por Babinski (68) y Frölich (69), Pichon-Rivière y Rascovski encontraron la existencia de una “constante ambiental” que antecedía cronológicamente a las manifestaciones psiconeurológicas y somáticas del mismo, sugiriendo una causalidad psicósomática de la enfermedad.

Esos “factores ambientales”, que se verificaban en una “abrumadora” cantidad de los niños estudiados en el Hospital de Niños de la ciudad de Buenos Aires, determinaban una “... exaltación e hipertrofia de elementos normales hasta una edad posiblemente anterior a los cinco años y que se mantienen exagerados por la incapacidad del niño para sobrepasar la situación parental y, por lo tanto, para evolucionar afectivamente, lo que hace que reproduzcan la ruptura del paralelismo entre la edad cronológica y la afectiva correspondiente, alteración que caracteriza al síndrome de Pichon y Laforgue”; señalando que “Desde las comunicaciones iniciales de Babinski y Frölich, el estudio general del síndrome se ha referido al cuadro somático con escasa referencia al psiconeurológico” (65 reproducido en 66 y citado en 67).

Precisamente, al estudiar los aspectos ambientales y psiconeurológicos del cuadro los argentinos señalaron que, en los primeros, se observaba: 1) la constante existencia de una relación afectiva anormal, tanto cualitativa como cuantitativa, entre los padres o sus sustitutos y los hijos; 2) que el cuadro se presentaba en constelaciones familiares con características particulares: hijos varones únicos o primogénitos, o bien en varones menores o inválidos (con síndrome de Heine-Medin, cardiopatías, etc.); 3) en niños confiados a matrimonios sin hijos o mujeres solteras (tías, abuelas, etc.); 4) que habían atravesado rupturas del equilibrio afectivo parental (divorcio, viudez, padre o madre inexistente o disminuido desde el punto de vista moral) y 5) que habían sufrido una estimulación sexual directa antes de la pubertad (alrededor de los 11 a 12 años) bajo la forma de caricias directas excesivas, seducciones, sobrestimulación, etcétera (73 reproducido en 66 y citado en 67, p. 71-72).

Los elementos psiconeurológicos principales mostraban:

- a) nivel mental disminuido (*oligotimia* u oligofrenia),
- b) debilidad psicomotriz, caracterizada por falta de adaptación a los juegos y a la vida social propios de su edad y grupo social;
- c) adaptación y atracción hacia las niñas y los niños menores y sus juegos;
- d) falta de atracción y habilidad y pasividad para los deportes e inercia, rechazo de toda actividad muscular dinámica y pereza;
- e) regresión en la deambulación con tendencia a tropezar, torpeza motriz y dispraxia y desigualdad de los movimientos asociados de ambos brazos, piernas y cuello;
- f) perturbaciones en el tono muscular (reflejos posturales de Schilder negativos) regresión psicomotriz del lenguaje con balbuceo, ceceo, uso excesivo de diminutivos, y otras regresiones del lenguaje;
- g) puerilismo, temores excesivos, fobias,
- h) sobre dependencia materna-paterna;
- i) inexistencia de culpa ante faltas no descubiertas;
- j) orientación oral excesiva (hiperorexia con escaso o nulo apetito diferenciado; repugnancia por ciertos alimentos, hábito de llevarse objetos a la boca o tocarla, permanente deseo de comer, insatisfacción alimentaria, desorden horario en las ingestas;
- k) orientación anal excesiva (carácter sádico-anal): coleccionismo, acumulación de objetos de toda índole, acumulación de juguetes solo para guardarlos, sentido exagerado de la propiedad, desconfianza, erotismo anal caracterizado por constipación con crisis de diarrea o de necesidad intempestiva e imperiosa de defecar, encopresis, larga permanencia en el inodoro y rituales para la defecación, hábitos higiénicos exagerados, prolijidad meticulosa y sobrevaloración del orden.
- l) mantenimiento anormal de la orientación sexual directa hacia ambos sexos con excesivo apego a las caricias y excitaciones (besos, abrazos, roces, etc.), ausencia del periodo de latencia normal (entre los 5-6 años y los 11-12 años), homosexualismo latente, exhibicionismo, predominio de tendencias sádicas sobre las masoquistas (73, reproducido en 66, y citado en 67).

Pero, al parecer, la oligotimia no se expresa solamente bajo la presentación clínica del síndrome adiposo genital o la seudodebilidad mental sino que, dependiendo de la gravedad de los trastornos afectivos que atraviese el

²⁸ Nombre dado por René Laforgue, Henri Codet y Edouard Pichon a un proceso que formaría la base de las detenciones de evolución y de las regresiones psíquicas que constituyen las neurosis infantiles. Es la discordancia entre el objetivo buscado conscientemente, que es normal, y la conducta impuesta por apetencias inconscientes anormales debidas a un retraso afectivo (61, 62). Ver también, con más detalle, la argumentación de René Laforgue en la descripción del concepto de esquizonoia en (63).

²⁹ En 1907 Harvey Cushing presentó ante el Congreso Anual de la American Neurological Association la descripción de un nuevo síndrome clínico caracterizado por obesidad, infantilismo sexual, atrofia óptica con ceguera parcial que era ocasionado por un tumor en la base del cerebro que se extendía hasta la hipófisis. Al realizar una revisión de la literatura médica encontró el informe de un caso de tumor hipofisario que se extendía hasta el tercer ventrículo cerebral en un paciente con obesidad y con escaso desarrollo sexual, descrito por un médico alemán de nombre Alfred Frölich, que sostenía en el mismo artículo que algunos adenomas hipofisarios podían manifestarse por hipogonadismo y obesidad, en lugar de la conocida acromegalia (69). En reconocimiento a la primicia del cirujano alemán Cushing propuso llamar a este síndrome con el epónimo de Frölich (70). En la actualidad existen varios sinónimos del síndrome como son el de “síndrome de Babinski-Frölich”, “obesidad hipotalámica con hipogonadismo” y “síndrome hipofisario adiposo-genital de Launois-Cleret” (estos dos médicos franceses habían presentado una observación similar casi una década después de Frölich) (71).

³⁰ Entre las características somáticas enumeraban: obesidad; alteraciones morfológicas (micropene, testículos pequeños, ectópicos o mal descendidos, implantación feminoide del cabello en la cabeza y del vello pubiano, voz de timbre agudo y disfónico); osteocondrodistrofias; alteraciones de la glucemia, de la visión y de la vasomotricidad; sudoración de manos y pies; pie plano; genu valgum; ginecomastia; dolores abdominales; etcétera (72).

niño en sus primeras etapas de la vida, será la gravedad de la enfermedad que puede desencadenarse a posteriori cuando una regresión actualice la situación traumática inicial. Es así como, en el mismo artículo mencionado al comienzo de este apartado, Pichon-Rivière vincula a la oligotimia con la reciente descripción que había realizado Leo Kanner en los EE. UU, en 1943: "Desde el punto de vista clínico podemos señalar como un hecho muy significativo la descripción hecha por Kanner de lo que llama *autismo precoz infantil*. Con posterioridad al trabajo de Kanner se describen psicosis de otro tipo, como la oligotímica (Pichon-Rivière), las autísticas y las psicosis simbióticas, realizadas estas últimas por Margaret Mahler" (72).



**Enrique Pichon-Rivière
(1907-1977)**

Y encuentra en los trabajos de otros autores norteamericanos una coincidencia con sus planteos en relación a los problemas afectivos que explicarían las alteraciones y retrasos en el desarrollo intelectual y vincular en razón de las carencias y distorsiones en los cuidados materno infantiles: "Resultan significativos -dice- estudios como el de Goldwin, en el que se analizan las relaciones entre los cuidados parentales y la salud mental. Como un aporte concreto podemos citar particularmente el estudio de Spitz, mediante el que consigue construir una nosografía basada en determinados criterios estructurales, configurando así una psiquiatría de los primeros años de vida, Spitz estudia sobre todo dos tipos de trastornos: a) trastornos cualitativos, o sea trastornos en los cuales el vínculo con la madre está distorsionado cualitativamente. La perturbación de la comunicación entre madre e hijo va a originar una estructura cualitativamente anormal, b) trastornos cuantitativos, o sea, cuando se puede hablar de una disminución, señalable o no, en términos de privación del afecto de la madre. Esta privación originará un estancamiento en el desarrollo, apareciendo el niño como un débil afectivo. Estructura ésta a la que hemos llamado oligotímica, para distinguirla de la oligofrénica (debilidad mental)" (72).

Vuelve enseguida en su texto al aporte nosográfico y clínico de Kanner para identificar a la oligotimia, al menos en algunas de sus formas más severas, con el autismo infantil precoz, sugiriendo un cierto derecho de "paternidad" respecto del descubrimiento de esta forma clínica al señalar que ya años antes lo había observado: "Consideraremos ahora [...] el autismo precoz infantil, que fue descrito por Kanner en el año 1943, constituyendo ésta una de las contribuciones más importantes al desarrollo de una psiquiatría de la infancia. Kanner, sin poseer una formación dinámica, ha manejado un conjunto de conocimientos de la psiquiatría dinámica que le permitieron describir este cuadro clínico. El au-

tismo precoz infantil se manifiesta básicamente por un retraimiento del mundo; puede aparecer en los primeros meses de vida o en el curso de los primeros años.

Su rasgo esencial es el aislamiento: es decir, el autismo está descrito en términos de grados de retraimiento del mundo exterior. Los niños que lo padecen son llevados a consulta como oligofrénicos, es decir, retardados o mudos o sordomudos. Su retracción del mundo es tal que el estímulo, cualquiera que sea, no desencadena en ellos una respuesta adecuada. Es de gran importancia señalar en qué momento aparece el trastorno y la intensidad que éste muestra. Hay, por lo tanto, dos factores por considerar: a) intensidad del trastorno: b) momento en que hace su aparición.

Este trastorno característico de la infancia produce un alejamiento del mundo y posteriormente una pérdida de ciertas funciones ya elaboradas, ya adquiridas. Si este trastorno aparece en pleno aprendizaje del lenguaje, éste retrocede y puede llegar a desaparecer.

De allí que los niños puedan llegar a consulta como oligofrénicos, mudos o sordomudos. Hay un detalle significativo que permite diferenciar en el primer abordaje a un niño autista precoz de un niño oligofrénico: el niño autista es generalmente bonito, armónicamente hecho, mientras que el oligofrénico presenta una serie de deformaciones o estigmas. De allí que se pueda establecer una distinción (tarea que realicé hace muchos años en el Asilo de Torres) entre los niños bien configurados, bonitos, en los que exteriormente nada resalta como anormal, y los niños mal conformados, con estigmas degenerativos. Esos niños "bien hechos", "bien contruidos", con una sensibilidad particular para la música, el ritmo y el baile, pero sin lenguaje o con un lenguaje regresivo, presentan en términos generales el cuadro de autismo precoz infantil descrito por Kanner" (72).

En un pasaje posterior del mismo artículo explica claramente su interpretación del problema de la posición autística como un fenómeno dimensional en el *continuum* normalidad/anormalidad, al decir que el "... autismo precoz infantil puede definirse como prototípico del proceso de desarrollo; esto es, hay en todo sujeto un cierto grado de retraimiento del mundo. Depende del monto del retraimiento, del momento de su emergencia y de la cronificación de la actitud que esto se transforme o no en un cuadro clínico. En el desarrollo, todo sujeto hace un retraimiento funcional para evitar situaciones de tensión o de peligro, pero corre el riesgo de no retomar la relación con el mundo una vez pasada la situación ansiógena. Si no adquiere esa flexibilidad, esa plasticidad para pasar de una situación autística adaptativa, es decir, funcional a una situación normal, queda aprisionado en una posición señalada por el aislamiento del mundo, con un cierto revestimiento de ese propio mundo por fantasías proyectadas en el mismo, y con características regresivas en cuanto a su relación emocional con la realidad. Esto aun cuando pudiera poseer una capacidad intelectual extraordinaria" (72). De esa manera la imposibilidad de un sujeto para superar adaptativamente la etapa del autismo infantil determinará su

estancamiento en el autismo, es decir, en esa patología infantil. Pero, aunque supere ese momento, dependerá de la magnitud de la situación atravesada que reste una cierta vulnerabilidad para el futuro. De tal manera que puede ser: "... precisamente a esta situación autística a la que el esquizofrénico -en cualquier otra edad- regrese en el proceso de enfermarse (esto es, a una situación autística, a una pauta de conducta ya elaborada muy precozmente que actúa como disposición). Un cierto núcleo autista es reactivado por la regresión" (72).

A partir de esas precisiones psicopatológicas que introducen una dimensión evolutiva en la edad de los pacientes a través del tiempo y en la gravedad de los cuadros clínicos, Pichon-Rivière ubica al descubrimiento de Kanner en el contexto de sus propias teorías y reivindica una identidad entre su noción de oligotimia, el autismo infantil precoz y la esquizonoia de su homónimo Edouard Pichon; aunque deja sentado, también, que su observación data de más tiempo y que Kanner no pudo comprender que su autismo infantil era la expresión en un momento temprano de la vida de una constelación biográfica dinámica que solo podía percibirse bajo la lente de la teoría psicoanalítica: "Así podemos ubicar los distintos tipos de psicosis esquizofrénica en la infancia, comenzando por el autismo precoz infantil descrito por Kanner (cuadro que corresponde a lo descrito por nosotros como oligotimia y por E. Pichón como esquizonoia); Sante de Sanctis se refirió a un cuadro al que denominó demencia precocísima; consideramos además la llamada demencia de Heller dentro de esta continuidad genética, para luego dar lugar a la esquizofrenia del púber o del adolescente y la esquizofrenia del adulto. Hay, pues, una secuencia entre todos estos trastornos, y todos corresponden a este tipo básico de perturbación, el aislamiento del mundo, retraimiento y construcción de un mundo autístico; es decir, la alienación en las tres áreas de la conducta.

Las distintas estructuras patológicas pueden ordenarse genéticamente tomando como punto de partida el autismo de Kanner y llegando hasta la esquizofrenia del adulto, observándose fácilmente la continuidad genética que va de un polo a otro a través de dichas estructuras, configurándose una gama de cuadros patológicos (pautas) en los que la edad es un factor patoplástico de importancia. Es decir, que la psiquiatría, enfocada dinámicamente, debe considerar el desarrollo de las psicosis según un encuadre genético.

Lo dicho puede ser representado por el siguiente esquema:

- 1) Autismo precoz infantil (descrito por Kanner).
- 2) Oligotimia (Pichon-Rivière).
- 3) Demencia precocísima (de Sancte de Sanctis).
- 4) Demencia de Heller (ésta es una forma grave de esquizofrenia o de demencia precocísima de Sante de Sanctis).
- 5) Esquizofrenia del púbero-adolescente.
- 6) Esquizofrenia del adulto.

Reiteramos que todas estas psicosis infantiles crean situaciones particulares que pueden ser ubicadas dentro de la oligotimia o pseudodebilidad: son trastornos del desarrollo con un proceso llamado autismo precoz infantil, en tanto que la olifrenia propiamente dicha pertenece a causas estructurales y congénitas" (72).

El concepto de Enfermedad Única

Un concepto central en el pensamiento pichoniano fue el Enfermedad Única. Esta noción, coincidente con el concepto de *Einheitspsychose* de Wilhelm Griesinger (76, 77) vertebró gran parte de su producción teórica en el terreno de la descripción de las enfermedades mentales (78). Pichon-Rivière comenzó a elaborarlo entre los años '40 y los '60 del siglo pasado con la epilepsia (79), luego lo aplicó a la explicación de los fenómenos esquizofrénicos (80, 81) y, finalmente, postuló que la depresión, más precisamente la melancolía, era el núcleo inicial de todas las otras formas de enfermedad mental.

La concepción de Pichon resulta de una amalgama de ideas de diversas tradiciones psiquiátricas europeas. Sin embargo, fue la teoría freudiana, los aportes de Fairbairn y, en especial, la teoría de las posiciones esquizoparanoide y depresiva de Melanie Klein la que permitió a Pichon-Rivière organizar los diversos aportes para elaborar la teoría de la Enfermedad Única. Así es que explica su método de formulación de la Enfermedad Única: "Tendré en cuenta las dos primeras posiciones del desarrollo: la instrumental esquizoparanoide y la depresiva (patogenética existencial), a la que agregó otra: la patorrítmica (temporal), que incluye los diferentes tiempos con que se manifiestan los síntomas generados en la posición patogenética o depresiva, estructurada sobre la base de la posición instrumental esquizoparanoide. A través de todo este trayecto permaneceré consecuente con mi teoría del vínculo" (82,83).

Una fijación en la posición esquizoparanoide daría origen a las distintas formas de psicosis, mientras que una fijación en la posición depresiva causaría los distin-

³¹ En un pasaje de sus *Conversaciones...* Pichon-Rivière recuerda: "Investigué el problema sexual en los débiles mentales y formas clásicas de esa enfermedad, obteniendo resultados en ese momento sorprendentes. Logré establecer que el sesenta por ciento de los internados -había un total de tres mil quinientos- tenían un retardo especial que no estaba relacionado con lesiones orgánicas, sino que eran producto de retardos afectivos. A esos retardos los denominé oligotimias, en contraposición a las oligofrenias, originadas en alteraciones nerviosas" [...] "... los oligotímicos eran susceptibles de ser educados (no "reeducados", ya que en realidad no habían sido educados) buscando para ello una terapia pertinente. Es decir, se trataba de enfrentar problemas de aprendizaje y comunicación" (74).

Y en sus clases dictadas en la Primera Escuela de Psicología Social en 1968, vuelve sobre el tema en los términos siguientes: "... las pudimos separar del resto de los retardos mentales con el nombre de oligotimias, para diferenciarlas de las oligofrenias, que son producto en su mayor parte de lesiones reales provocadas por regresiones de funciones cerebrales, mientras que aquí hay un estancamiento de la vida afectiva y de la relación con el mundo. Son niños con características muy especiales, generalmente bonitos, no tienen ninguno de los estigmas degenerativos descriptos en los libros, son chicos rosados, de muy buen aspecto, con una gran afinidad por la música y el ritmo, y lo único que presentan es un estancamiento del nivel mental, debido a una perturbación afectiva en su relación con el mundo; la comunicación y el aprendizaje no funcionaron, pero pueden ser corregidos"; y sostiene, claramente, la precedencia de su descripción del autismo infantil: "Algo después de nuestra formulación apareció el concepto de Kanner sobre autismo precoz infantil, que coincide exactamente con nuestras ideas" (75).

tos cuadros neuróticos. En coincidencia con Griesinger, afirma Pichon-Rivière, “toda psicosis se inicia con una depresión” (84, 85).

Al formular su hipótesis acerca de la etiopatogenia y las características de la Enfermedad Única, Pichon-Rivière afirma: “Entiendo que los principios que rigen la configuración de una estructura patológica son: 1) policausalidad, 2) pluralidad fenoménica, 3) continuidad genética y funcional, 4) movilidad de las estructuras, 5) rol, vínculo y portavoz y 6) situación triangular” (82); todos ellos conceptos psicopatológicos tejidos en una conceptualización compleja y dinámica que no vamos a desarrollar en este artículo fundamentalmente centrado en las nosografías.

b) Los estilos de Personalidad según David Liberman y los aportes de Lía Ricón



David Liberman
(1920 - 1983)



Lía Ricón
(1930-...)

David Liberman (1920-1983), relevante psicoanalista argentino, discípulo de Enrique Pichon-Rivière, presentó un enfoque original del psicoanálisis que apuntaba a un abordaje global, holístico, del paciente; entendiendo a la enfermedad como una alteración del proceso de aprendizaje y de la comunicación, inductora de un déficit de adaptación a la realidad. “Ya en el Prólogo a su primer libro -señala Pichon-Rivière- destacábamos su profundo deseo de comprender al paciente en situación de una manera global. Allí intentó aplicar el método historiográfico de Ranke al examen psicosomático de sus pacientes, método que le servía para poner en evidencia la pluricausalidad de todo síntoma, y era también útil para su orientación terapéutica. Para él, siguiendo a Ranke, para que se cumpla el hecho histórico (en contraposición al hecho estudiado por las ciencias naturales) son necesarias determinadas condiciones espacio-temporales que no pueden repetirse, tal como sucedería en la enfermedad, condiciones que tienen por característica el estar en permanente devenir” (86).

En 1962, en *La Comunicación en Terapéutica Psicoanalítica* (87) Liberman utiliza la teoría de la comunicación,

especialmente los aportes de Jurgen Ruesch (88), para clasificar los distintos tipos de “Persona” por su modo de comunicación con el interlocutor; y, correlacionando las fases del desarrollo de la libido formuladas por Sigmund Freud (89, 90) y Karl Abraham (91) con las ansiedades paranoicas y depresivas descritas por Melanie Klein (92, 93), traza un cuadro esquemático para precisar los afectos dominantes en cada estructura clínica.

Más adelante recurre a Charles Morris (94) para agrupar y sistematizar a los analizandos, desde las distorsiones objetivables a partir de las áreas semióticas; y posteriormente al temprano Noam Chomsky (95) de las “estructuras superficiales” (fonológicas) y “profundas” del lenguaje para que la Gramática Generativa sirva a la evaluación de las disposiciones a la “reparación”. Finalmente, los “factores” y “funciones” de la comunicación de Roman Jakobson (96) le permiten formular uno de sus principales aportes: la categorización de los “estilos” predominantes en las manifestaciones verbales y no verbales de diferentes tipos de personalidades. Esta doctrina de los “estilos” incorpora el desarrollo de las nociones de “complementariedad estilística”, “funciones del Yo” y “Yo idealmente plástico”.

Para este autor el psicoanálisis constituye una disciplina cuya base empírica está constituida por el intercambio entre paciente y terapeuta, cada uno poseedor de una combinatoria de estilos expresivos, que abarcan fenómenos verbales y no verbales. En consecuencia, propone dos posibles abordajes de investigación: 1) el que realiza el analista sobre el paciente durante la sesión y 2) fuera de ella, lo que puede concluirse del estudio del material del paciente, las reacciones y pensamientos del mismo terapeuta respecto del caso y las características que se pueden extraer del tipo de vínculo.

Para Liberman los estilos de paciente y terapeuta pueden presentar aspectos complementarios que favorecen el trabajo clínico o desencuentros entre los mismos que lo perturban. A partir de esas consideraciones postuló que la conducta de cada paciente resulta de combinación de estilos, entre los cuales se puede identificar uno predominante ligado a la patología que aquel presente.

Presentó así, cuidadosas descripciones de los rasgos principales de cada estilo, lo cual le permitió formular una suerte de taxonomía de personalidades según el estilo predominante en cada una de ellas. Postuló entonces que en el paciente obsesivo predomina un estilo narrativo, en el paciente con histeria de angustia, un estilo dramático y con suspenso, en el paciente con histeria de conversión, un estilo dramático con impacto estético, en el paciente transgresor, un estilo épico, en el paciente depresivo, un estilo lírico, y en el paciente esquizoide, un estilo reflexivo; pudiendo, además, en cada caso aparecer variaciones individuales que acentúan o atenúan más esos rasgos estilísticos patológicos.

³² Se refiere a Leopold von Ranke (1795-1886), historiador alemán considerado comúnmente como el padre de la historia científica, quien, en el año 1824 publicó, en su apéndice metodológico a la Historia de los Pueblos Romanos y Germánicos (1494-1514), una severa crítica a los autores anteriores que habían escrito sobre ese tema y expuso su método según el cual no se debe partir de una teoría histórica a priori que se imponga sobre el pasado como se hacía anteriormente, sino que el historiador debe dejar que sea, exclusivamente, el pasado el que “hable” a través del rescate y estudio riguroso de las fuentes primarias; con el objetivo de escribir la historia, siempre resultante de una concurrencia de causas en el espacio y en el tiempo, “como realmente fue”.

Inspirado, como se señaló antes, en las ideas de Freud, Abraham y Klein, sostuvo también que cada estilo es además expresión de determinada fijación pulsional: oral primaria, en el estilo reflexivo, sádico-oral secundaria en el estilo lírico, sádico-anal primaria en el estilo épico, sádico-anal secundaria en el estilo narrativo, fálico-uretral en el estilo dramático y con suspenso y fálico-genital en el estilo dramático con impacto estético (97, 98, 99, 100).

Más recientemente, otra destacada psiquiatra y psicoanalista argentina, Lía Ricón, retomó la clasificación de Liberman introduciéndole ciertas modificaciones y correlacionado lo que denomina Personalidades pertinentes o normales, es decir, con determinada configuración en su carácter (“...tipos de personalidad cuyas conductas y características pueden considerarse adecuadas a las pautas generales del medio socio-cultural en el que viven” aclarando que el término pertinentes alude a un “... psiquismo organizado con cierto nivel de coherencia interna”) con los Trastornos de personalidad incluidos en el DSM IV (101). La correlación entre ambos tipos de presentaciones, pertinentes y patológicas, establece un *continuum* entre ambas mostrando, según los postulados de la teoría freudiana, que “la mayoría de los mecanismos de formación de los rasgos de carácter de las personas que llamamos pertinentes son los mismos que determinan las personalidades patológicas y las neurosis”.

Ricón agrega a las Personalidades pertinentes, descriptas en el modelo psicoanalítico-comunicacional de Ruesch y Liberman, el tipo de “persona suspicaz y desconfiada”, y prefiere denominar “persona de ánimo variable” a las que aquellos llamaban “depresiva”, para no emplear términos que connotan patología.

PERSONALIDADES PERTINENTES TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

(D. Liberman, L. Ricón)	(DSM IV)
1. Persona demostrativa	Trastorno histriónico
2. Persona atemorizada y huidiza	Trastorno esquizoide Trastorno esquizotípico
3. Persona observadora no participante	Trastorno paranoide
4. Persona suspicaz y desconfiada	Trastorno por evitación Trastorno por dependencia
5. Persona lógica	Trastorno obsesivo-compulsivo
6. Persona de ánimo variable	Trastorno narcisista
7. Persona de acción	Trastorno antisocial

c) Carolina Tobar García: la nosografía psiquiátrica en la edad escolar

En su libro *Higiene mental del escolar* Carolina Tobar García presenta un estudio sobre 5000 casos de niños y niñas de tres instituciones, el Cuerpo Médico Escolar del Consejo Nacional de Educación, el Hogar Santa Rosa (102) y el Consultorio de niños de la Liga Argentina de Higiene Mental de las que ella formaba parte. De las fichas reunidas en ese relevamiento se pueden obtener los diagnósticos y los criterios de clasificación utilizados por Carolina Tobar García³³ y sus colaboradores. (103, 104).



**Carolina Tobar García
(1898-1962)**

En primera instancia, se separaban a los niños en dos categorías: a) normales y b) retrasados anormales (que no son pasibles de escolarización). Entre los segundos existían diferencias según se tratara de: 1) retardados por defectos sensoriales: miopes, sordos, otros; 2) retardados pedagógicos, que tenía que ver con la acción de un medio desfavorable y 3) retardados por déficit psíquico.

Tobar García reproduce un cuadro de equivalencias y traducciones de los distintos cuadros, donde aparecen sinonimias entre lo que llama *Arrierés*: los anormales psíquicos verdaderos y *Retardés*: los falsos anormales (Sancte de Santis), definición bastante imprecisa, ya que se trata de sujetos “no del todo normales”; que pueden ser pretuberculosos, débiles físicos, sordos parciales, etc. y también anormales de la inteligencia, débiles mentales, etc.

En algunas de las clasificaciones se utilizaba la noción de edad mental de Alfred Binet como medida de correlación entre la inteligencia y el rendimiento escolar, ya que Tobar García consideraba que “la edad mental no es la consecuencia única y exclusiva de la edad cronológica, sino de una causalidad múltiple.” (103) y que se debía considerarse junto a los tests intelectuales los factores resultantes del ambiente, que se averiguaban para arribar a un diagnóstico y se consignaban entre los datos requeridos en las fichas de cada niño estudiado. La sintomatología que se registraba con más frecuencia en las fichas escolares era:

³³ Carolina Tobar García nació en Quines, Provincia de San Luis el 10 de noviembre de 1898. Realizó su educación primaria en la “Escuela Elemental de Niñas”, de esa ciudad, y los estudios secundarios de maestra en Villa Mercedes. Ejerció como docente en escuelas rurales hasta que decidió instalarse en Buenos Aires para cursar los estudios de medicina, en 1920. En 1929, en una época en la que eran pocas las mujeres que ingresaban a los estudios médicos, se graduó en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, y obtuvo una beca para estudiar, en los EE. UU. psiquiatría infantil adonde se interesó particularmente en la deficiencia mental. De regreso a la Argentina comenzó a trabajar en distintas instituciones, tanto educativas como médicas y psiquiátricas. En 1941, obtuvo el título de Médico Legista., y en 1944, el de Doctor de la Universidad de Buenos Aires, con la tesis intitulada *Higiene Mental del Escolar*. En los años siguientes participó en distintos congresos y colaboró en la creación de diferentes establecimientos. En 1961 introdujo en nuestro país el novedoso material didáctico creado por la “Escuela Jean Piaget”. Ocupó diversos e importantes cargos institucionales: Profesora en el Instituto Ward (1921-1942); Inspectora de Escuelas de Adultos, Inspectora General de Enseñanza (1945) del Consejo Nacional de Educación; Jefa del Consultorio Psicofisiológico (desde 1934) del Cuerpo Médico Escolar y, luego, Inspectora Médica Escolar en el grado de Oficial Mayor hasta 1957, año en que se jubiló. Como docente universitaria fue Jefe de Trabajos Prácticos de la cátedra de Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (1938-1948) y, en la Facultad de Filosofía y Letras de la misma universidad, profesora titular de Didáctica Asistencial y Escuelas Diferenciales (1957-1958) y Pedagogía Diferencial (1959-1962). Ejerció como médica en el Hospicio de las Mercedes y en la Liga de Higiene Mental bajo la dirección del Dr. Gonzalo Bosch, quien había sido uno de los introductores en nuestro país de esa iniciativa originada en los EE. UU. a partir de su fundación por Clifford Bird. Carolina Tobar García tuvo un papel pionero, en nuestro país como creadora y supervisora de instituciones específicas centradas en las dificultades presentadas por los niños en el ámbito educativo a la que se conoce como educación diferencial. En 1942 creó la “Escuela Primaria de Adaptación”; primera escuela para deficientes mentales o “niños retardados”, tal como se los caracterizaba en esos años. Tobar García falleció en Buenos Aires el 5 de octubre de 1962 (105).

-
- 1º Vómitos antes de partir para la escuela.
 - 2º Despeños diarreicos en la escuela.
 - 3º Mareos, tics, tartamudez, convulsiones, ausencias.
 - 4º Hiperactividad, turbulencia.
 - 5º Irascibilidad, impulsividad, hurtos, conducta penderciera.
 - 6º Aislamiento, humor sombrío, actos extravagantes.
 - 7º Mutismo, amenazas de suicidio.
 - 8º Manifestaciones de sexualidad precoz.
 - 9º Sensación de extrañeza.
-

A partir de esas observaciones se confeccionaron los siguientes grupos de niños:

- 1º) Trastornos indiferenciados de inestabilidad, imposibles de catalogar en un síndrome determinado. La inestabilidad estaba ligada a una hiperactividad que, en ocasiones, llegaba a la turbulencia. Se trataba de niños no escolarizables sino se lograba reducir ese síntoma.
- 2º) Inestabilidad con fatigabilidad. En un estudio del Cuerpo Médico Escolar, realizado en 1939, se había llegado a la conclusión de que algunos padecimientos de los niños estaban ligados a déficits de alimentación. En este subgrupo se ubicaban los “falsos anormales”, que ya hemos mencionado, su número disminuye espontáneamente con la edad y merced a factores favorables de la vida misma.
- 3º) Fenómenos de la serie epileptoide.
- 4º) Síntomas psíquicos propiamente dichos, sin *sustratum* orgánico aparente.
- 5º) Anomalías de comportamiento condicionadas por la falta de educación.

Estos últimos dos grupos eran para Tobar García los que tenían más significación para la Higiene Mental y social. Los niños pertenecientes a esas categorías podían presentar síntomas de hipocondría y depresión, obsesiones, fobias, manifestaciones histéricas e histeroides, esquizotimia y perversidad.

En la ficha que se utilizaba en el Consultorio Psico-fisiológico del Cuerpo Médico Escolar, y que se había confeccionado para practicar el examen somato-psíquico, se averiguaba la naturaleza del problema, la etiología del mismo, su patogenia y evolución, se dejaba asen-

tado el tipo clínico y el nivel mental de cada alumno y, de acuerdo a esos datos, se clasificaban los niños del siguiente modo:

Por la etiología: constitucionales, tóxicos, infecciosos, traumáticos, por imitación.

Por su base orgánica: orgánicos, funcionales o sintomáticos.

Por la evolución: formas agudas y crónicas, estacionarias y progresivas, episódicas y continuas, transitorias y definitivas.

Por el cociente de inteligencia: frenasténicos, débiles mentales, sub-normales, medios, inteligentes y superdotados.

Por el pronóstico educativo: inescolarizables y escolarizables.

En su tesis doctoral, Tobar García transcribe una lista de diagnósticos de los 4.400 niños examinados entre 1934 y 1943:

Débiles mentales armónicos.	737
Débiles mentales desarmónicos	315
Con inestabilidad psicomotora hiperemotiva	623
Epilépticos o epileptoideos	201
Falsos anormales	1.250
Idiotas e imbéciles	93
Coreicos, post-encefálicos, hemipléjicos	113
En observación	676
Estudios incompletos	392

Hacia el final de estos resultados hay una serie de aclaraciones para cada grupo, lo cual a su vez relativiza el peso de las clasificaciones, ella aclara que la valoración de la inteligencia es pragmática y que se realiza en función de la época y del medio.

Los principales autores que influyeron en la terminología clasificatoria utilizada por Tobar García fueron: Guillaume Vermeylen, en lo referente al retraso mental y la paratonía; Ernest Dupré para lo relativo a la constitución hiperemotiva y mitomaníaca; y William Stern y Charlotte Bühler para los fenómenos del desarrollo infantil (104).

³⁴ Guillaume Vermeylen (1891-1943) médico y psiquiatra belga. En 1931, fue el primer director del Instituto de Psiquiatría del Hospital Brugman, puesto que ocupó hasta su fallecimiento, y, en 1932, accedió al cargo de profesor de pedagogía en la Universidad Libre de Bruselas. Sus publicaciones se centraron esencialmente en los trastornos psicológicos infantiles. Es así que en 1926 apareció *La psychologie de l'enfant et de l'adolescent*.

³⁵ Ernest Dupré (1862-1921) psiquiatra francés, profesor de psiquiatría en la Facultad de Medicina de la Universidad de París. Se lo conoce particularmente por sus estudios sobre la histeria, por la introducción en 1905 del término mitomanía en el lenguaje de la especialidad, por su teoría biopsicológica para explicar la génesis de la conducta criminal y, especialmente, por su descripción de la “constitución emotiva” y la “debilidad motriz”, prelude a su doctrina de las constituciones que expuso en 1919 en *Les déséquilibres constitutionnels du système nerveux*, que constituyó, en su momento, una actualización de la teoría de la degeneración de Morel y Magnan.

³⁶ William Lewis Stern (1871-1938), psicólogo y filósofo alemán, conocido como pionero en el campo de la psicología de la personalidad y de la inteligencia. Estudió psicología en Berlín, fue profesor en las universidades de Breslau y Hamburgo y, con el ascenso del nazismo debió emigrar a los EE. UU. donde fue nombrado profesor en la Universidad de Duke. Stern era considerado en su tiempo la principal autoridad en psicología diferencial. Introdujo en el estudio de la inteligencia el concepto de cociente de inteligencia o índice de inteligencia, usado por Lewis Terman y otros investigadores en el desarrollo de las primeras pruebas de Cociente intelectual, basado en los aportes de Alfred Binet.

³⁷ Charlotte Bühler (1893-1974) Psicóloga alemana conocida por sus investigaciones en el campo de la educación y la psicología infantil. Siguió estudios universitarios en las universidades de Friburgo, Kiel, Berlín y Munich. Fue profesora en Viena y, en 1924, llegó al Colegio de Profesores de la Universidad de Columbia para estudiar la infancia y la juventud psicológica con Edward Thorndike. En 1929 la Fundación Rockefeller le encargó la supervisión de la dirección de los colegios que poseía en Inglaterra, Holanda y Noruega. En Viena, entre 1923 y 1938, sus investigaciones se centraron en el desarrollo psicológico de la infancia y la adolescencia. Sus investigaciones se centraban en la realización de diversas pruebas de inteligencia y desarrollo, así como la interpretación de diarios y juegos libres. Por la persecución nazi se vio obligada a abandonar y, luego de un pasaje por Inglaterra y Noruega fue contratada junto a su esposo Kart, también conocido psicólogo, en la Universidad de Minnesota, EE.UU. Posteriormente se trasladó a California, adonde ejerció como psicóloga clínica en el Hospital del Condado de Los Ángeles y profesora asistente de psiquiatría en la Escuela Médica de la Universidad del Sur de California (USC). En esos años conoció a psicólogos como Carl Rogers, Gordon Allport, o Abraham Maslow, cuyas aportaciones propiciaron que en el año 1959, Bühler publicase sus teorías sobre la psicología humanística. Residió en los EE.UU. hasta 1972 fecha en la que retornó a Alemania adonde residió hasta su muerte acaecida dos años después.

XIII

Aportes argentinos a las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales

a) Participación de psiquiatras argentinos en la elaboración de la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, Versión Revisada del 2012 (GLADP-VR-2012)

Aunque no se trate de una clasificación exclusivamente argentina sino regional, la presencia decisiva en su elaboración de un nutrido grupo de especialistas argentinos hace indispensable la mención de la GLADP en su Versión Revisada del año 2012 (106).

El intento de un diagnóstico personalizado

Siguiendo el modelo de las enfermedades del cuerpo anatómo-fisiológico, las primeras clasificaciones psiquiátricas ponían mucho el acento en el aspecto etiológico, lo que ocasionaba divergencias entre los psiquiatras, pues cada uno aplicaba su propio marco teórico. En 1959 Stengel propuso, como forma de superar las dificultades creadas por la falta de conocimientos en patología y etiología, el uso de criterios operacionales para describir los trastornos mentales (107). Pasó mucho tiempo hasta que las proposiciones de Stengel fueran tomadas en cuenta. En 1972 su propuesta tomó cuerpo en los criterios diagnósticos de Feighner y el grupo de la Universidad de Washington en San Luis, Missouri (108). A ellos se agregaron la escala para trastornos afectivos y la esquizofrenia (SADS) de Endicott y Spitzer (109), los criterios diagnósticos de investigación (RDC) del mismo Spitzer y colaboradores (110) y, finalmente, esa línea de pensamiento se plasmó en el DSM-III de la *American Psychiatric Association* con la inclusión de criterios operacionales y la introducción del enfoque multiaxial de cinco ejes, cuya pretensión era proporcionar una visión más personalizada e integral del paciente (111). La sucesión del DSM III-R, el DSM IV, el DSM IV-TR y el DSM 5 (112, 113), así como la CIE 10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) han continuado con los esquemas multiaxiales en la formulación diagnóstica para incluir junto a la categorización de los trastornos clínicos, los factores contextuales y las problemáticas psicosociales, la evaluación de la discapacidad y el funcionamiento global del caso considerado (114).

Los antecedentes de la GLADP

Los psiquiatras latinoamericanos han contribuido con una larga serie de aportes a la nosología psiquiátrica internacional desde mediados del siglo pasado.

En 1954 Leme López fue autor de las primeras propuestas multiaxiales (115), en 1965 Horacio Fábregas

(116) contribuyó a la elucidación de las bases históricas y culturales del diagnóstico psiquiátrico, Horwitz, Marconi fueron pioneros en la creación de un modelo estandarizado de diagnóstico para el alcoholismo (117) y Ramírez del diseño y de un sistema octogonal de información psiquiátrica (118). Asimismo, los tres Glosarios Cubano de Psiquiatría, editados respectivamente en el 1975 (119), 1986 (120) y 2000 (121) constituyen antecedentes de la GLADP.

En ocasión del congreso de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL) realizado en octubre de 1998, en La Habana, se aprobó la elaboración de una Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico. En su elaboración participó un centenar de especialistas de la salud mental, (psiquiatras, psicólogos y antropólogos), de casi todas las naciones latinoamericanas, organizadas en 17 grupos de trabajo. La primera versión de ese instrumento diagnóstico se publicó en la Universidad de Guadalajara, México, en el 2004 (122).

La GLADP se inspiró fuertemente en los preceptos epistemológicos del español Pedro Laín Entralgo quien señaló, acertadamente, que el diagnóstico es más que la identificación de una enfermedad (diagnóstico nosológico) o la distinción entre una enfermedad y otra (diagnóstico diferencial) (123) sino que el diagnóstico es una operación más compleja que pretende arribar a una comprensión integral de la unidad psicósomática que constituye la persona que consulta. A tal fin deben tomarse en consideración, no solamente, los criterios diagnósticos operacionales y la descripción de la conducta anormal, sino también, y muy especialmente, los aspectos culturales y sociales de la vida del paciente (124, 125).

Por esa razón, para obtener un diagnóstico del estado de salud de acuerdo con la definición de salud de la OMS (126), la GLADP incluyó referencias a dicho contexto socio-cultural y consideraciones acerca del bienestar y la calidad de vida. Otro aporte novedoso es la inclusión de aportes narrativos de la persona que consulta, y también de su familia, acerca del mal que le aqueja. Estos recursos de la exploración semiológica y diagnóstica amplían los fenómenos contextuales a tener en cuenta permitiendo un enfoque a la vez más amplio y completo, como singular para cada consultante; resultando de su aplicación una medicina centrada en la persona que ponen en evidencia no sólo aspectos de enfermedad o "negativos" de la salud sino también aspectos de lo que ha dado en denominarse de salud positiva (127, 128).

La GLADP-VR-2012

El trabajo de revisión de la GLADP para confeccionar su Versión Revisada (VR) en 2012, tomó en consideración la revisión en curso de las clasificaciones internacionales vigentes, con particular referencia a la CIE-11, a fin de ofrecer contribuciones desde el punto de vista latinoamericano (129). El grupo de trabajo estuvo liderado por la Sección de Diagnóstico y Clasificación de la APAL y sus

³⁸ El Grupo Directivo de la GLADP-VR, cuyos miembros pertenecen a la Sección de Diagnóstico y Clasificación de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), conformó el Comité Ejecutivo de la GLADP-VR-2012. Este último estuvo integrado por su presidente Ángel Otero Ojeda (Cuba), su Secretario Javier E. Saavedra (Perú), su Director Académico, Juan E. Mezzich (Perú/EE.UU.) e IhsanSalloum (Venezuela/EE.UU.) como Asesor Científico.

Varios psiquiatras argentinos, entre otros latinoamericanos, conformaron el Consejo Consultivo del equipo que elaboró la clasificación: Juan Carlos Stagnaro (a la sazón Presidente de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA)), Alfredo Cía, Miguel Angel Materazzi y Roger Montenegro. En los Grupos de Trabajo de la GLADP-VR-2012, también participó un nutrido grupo de especialistas argentinos entre los que se contaron: Manuel Suárez Richards, Juan Cristóbal Tenconi, Graciela Beatriz Onofrio, Celina Fabrikant, Nora Leal Marchena, Aníbal Goldchluk, Elías Klubok, Fernando Taragano, Javier Didia Attas, Héctor Rubinetti, David Huanambal, Silvia Leonor Herlyn, Sonia Judith Kodysz, Silvia Hemilse Tártalo, Mónica Braude y Néstor Koldobsky.

miembros fueron designados por las distintas sociedades psiquiátricas de América Latina³⁸. A los efectos de realizar la revisión se formaron grupos de trabajo centrados en las grandes categorías diagnósticas de la CIE-10.

Los miembros de dichos grupos mantuvieron un intenso intercambio de comunicaciones vía Internet, se consideró la literatura científica aparecida en el lapso transcurrido desde la aparición de la primera edición de la GLADP, se realizaron teleconferencias y sesiones presenciales de discusión aprovechando la presencia de los expertos de los grupos de trabajo en los diversos congresos de la especialidad que se realizan regularmente en todo el continente y se practicó una encuesta que exploró tópicos concernientes a la clasificación de América Latina y sobre la utilidad y proyección de la misma (130).

Tomando en cuenta los resultados de trabajos de campo previos (131), los grupos de trabajo revisaron y actualizaron todo el texto con especial consideración de las anotaciones latinoamericanas e incluyeron aportes adicionales así como nuevos capítulos y propuestas para las nuevas clasificaciones. También se incluyó una revisión exhaustiva del modelo diagnóstico multiaxial.

Si bien, hasta el presente, este instrumento no ha logrado una penetración significativa en la práctica cotidiana de los psiquiatras latinoamericanos ni ha sido adoptado por los gobiernos de la región para llevar sus estadísticas sanitarias en Salud Mental, la GLADP-VR-2012, constituye una opción nosográfica de gran interés, por su enfoque diagnóstico integral y por sus anotaciones latinoamericanas, y, es de esperar, que con el paso del tiempo sea utilizada como uno de los sistemas de clasificación de referencia, al menos en la región.

b) La encuesta mundial de la Asociación Mundial de Psiquiatría y la Organización Mundial de la Salud (AMP-OMS)

A finales del año 2009, los directivos de la AMP y la OMS consultaron de manera conjunta a los presidentes de todas las asociaciones integrantes de la AMP para preguntarles sobre su interés en participar en diversos aspectos del proceso de actualización de la *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento* de la CIE. Una de las opciones de participación fue la de responder una encuesta global sobre las experiencias y actitudes de los psiquiatras en relación al empleo de la CIE-10. Cabe aclarar que la encuesta no contrastó el DSM IV con la CIE 10, solo exploró la utilización de ésta última.

Se pidió a las asociaciones que señalaran si estaban interesadas en participar y si tenían la capacidad para llevar a cabo de manera sistemática la encuesta. Cuarenta y seis asociaciones integrantes de la AMP en cuarenta y cuatro países pusieron en práctica la encuesta. La participación de las asociaciones se realizó durante un periodo de once meses, debido al tiempo necesario para que las asociaciones llevaran a cabo las traducciones, hicieran

otros preparativos y pusieran en práctica la encuesta. Los datos obtenidos fueron recabados entre el 3 de mayo de 2010 y el 1 de abril de 2011.

Finalmente se obtuvo la participación efectiva de 4887 psiquiatras de las asociaciones psiquiátricas nacionales de los 44 países mencionados de todas las regiones del mundo en torno a su empleo de los sistemas de clasificación diagnóstica en el ejercicio clínico y las características idóneas de una clasificación de los trastornos mentales.

Los participantes de América del Sur, América Central y América del Norte sumaron 514, entre los cuales los miembros de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) aportaron el mayor contingente con 173 respondientes de la encuesta por Argentina.

La OMS utilizará los resultados para mejorar la utilidad clínica de la clasificación CIE de los trastornos mentales a través del proceso de actualización de la CIE-10 que actualmente se está realizando para confeccionar la CIE-11.

Las conclusiones que se desprendieron de la encuesta fueron las siguientes: 1) que la futura clasificación facilitara la comunicación entre los clínicos; 2) que las categorías de diagnóstico incluidas en ella proporcionaran información útil para el tratamiento y la asistencia; 3) una abrumadora mayoría de los encuestados mostró una franca preferencia por un sistema de clasificación más sencillo que incluyera solo 100 o menos categorías; 4) más de 2/3 prefirieron una guía flexible antes que un enfoque basado en criterios; 5) hubo opiniones diversas en cómo incorporar la gravedad y el estado funcional: la mayor parte solicitó un sistema que incorpore un componente dimensional y 6) una significativa cantidad de latinoamericanos y asiáticos informaron sobre problemas en la aplicabilidad intercultural de las clasificaciones existentes.

En general, las valoraciones de la facilidad de uso y de la adecuación de la adaptación de las categorías específicas de la CIE-10 fueron relativamente altas, pero se informó que algunas categorías tenían una utilidad insatisfactoria en el ejercicio clínico. Esto representa un centro de interés importante para la actualización de la CIE al igual que garantizar que la clasificación CIE-11 de los trastornos mentales sea aceptable para los psiquiatras de todo el mundo (132).

XIV Miscelánea

Simultáneamente con los intentos de generar nosologías y nosografías locales, los psiquiatras argentinos utilizaron las categorías diagnósticas acuñadas en otros lugares, en especial las francesas y alemanas, hasta bien avanzado el siglo XX, y, a partir de las dos últimas décadas del mismo, y hasta la actualidad, comenzaron a emplear las norteamericanas de la serie de los DSM (111, 112, 113) y la internacional de la OMS (CIE 10) (114).

³⁹ Por una razón de espacio y pertinencia no se hará aquí el inventario de todos los textos, monografías y artículos que formaron el thesaurus de lecturas de los psiquiatras argentinos, lo cual sería, además, una tarea innecesaria a los fines de este trabajo, sino, simplemente el inventario de los textos integrales y manuales más leídos y que tuvieron mayor influencia en la elección de nociones nosológicas. Es por ello que el lector no encontrará aquí referencias a obras fundamentales de los autores clásicos del siglo XIX, así como tampoco a las de Jaspers, Schneider, Bleuler, Freud, Abraham, y tantos otros, que obviamente también formaron parte de las lecturas de los especialistas argentinos. La selección realizada surge de los testimonios de especialistas consultados, de las citas más frecuentes en artículos de revistas locales de psiquiatría y de la bibliografía recomendada en carreras de especialistas universitarios y residencias de psiquiatría.

Ya en las tesis presentadas a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y en artículos de revistas de psiquiatría se observa, desde fines del siglo XIX, una bibliografía variada de autores europeos, preferentemente franceses, españoles, e italianos. Entre los principales textos de psiquiatría más utilizados como marco referencial por los argentinos desde principios del siglo XX se pueden mencionar en un orden cronológico los Tomos VII (Psiquiatría I) y VIII (Psiquiatría II) del *Tratado de patología médica y de terapéutica aplicada*, de Émile Sergeant, Louis Ribadeau-Dumas y León Babonneix editado entre 1920 y 1925 en castellano, y en el que presentaban sendos capítulos los principales psiquiatras franceses de la época (30). En el mismo periodo se acudió mucho a la lectura del *Manual de psiquiatría* de Joseph Rogues de Fursac, editado en 1921 en Valencia, España (31) y, contemporáneamente, tuvo influencia la *Psychiatrie du médecin praticien* de Maurice Dide y Paul Guiraud de 1922, en su original (32). Téngase en cuenta que estos como muchos otros autores de la época eran leídos en francés, idioma que junto al italiano, dominaban los especialistas argentinos. No ocurría lo mismo con el idioma alemán para cuyos autores era preciso aguardar las traducciones que se hacían en España, como la *Psiquiatría* de Johannes Lange y August Bostroem, de 1941 (133), y el *Nuevo tratado de enfermedades mentales* de Oswald Bumke, editado en Barcelona en 1946 (134) que tuvieron una audiencia y una influencia considerables en nuestro país.

Después de la II Guerra Mundial, cobraron influencia textos de autores angloparlantes. Los primeros fueron la *Psiquiatría clínica* de Willy Mayer Gross, Eliot Slater y Martin Roth, desde su primera edición en castellano de 1958 (135) y el *American Handbook of Psychiatry* del psicoanalista y profesor de psiquiatría del New York Medical College, Silvano Arieti, publicado en 1959 (136). Luego ocupó el centro de la escena el *Tratado de psiquiatría*, en dos tomos, de Harold I. Kaplan y Benjamín J. Saddok (editado posteriormente junto a Alfred M. Freedman), cuya primera edición en castellano realizada en Barcelona data de 1982 (137) y que se acompañó a partir de los años '90 por un texto más sintético, *Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica*, de los mismos autores, Kaplan y Sadock, a los que se agregó como co-autor Jack A. Grebb en la versión aparecida en 2004 (138).

Desde los años '60 ganó una gran audiencia el *Tratado de psiquiatría* de Henri Ey, Paul Bernard y Charles Brisset, cuya primera edición en castellano data de 1965 (139). El texto del creador del organodinamismo tuvo varias ediciones y reimpressiones y es leído aún en la actualidad por los psiquiatras en formación.

Los autores españoles, aunque gozando de una menor preferencia, estuvieron presentes en la biblioteca de los psiquiatras argentinos. En efecto, desde el *Tratado teórico-práctico de frenopatología o estudio de las enfermedades mentales* de Juan Giné y Partagas, editado en 1876 (140), pasando por el *Tratado de psiquiatría* de Antonio Vallejo Nájera, de 1944 (141), y los escritos de Juan José López Ibor, hasta la más reciente edición de 2015 de la *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, de Julio

Vallejo Ruiloba (142), los españoles fueron leídos y estudiados en la Argentina.

Finalmente, entre los textos locales más utilizados se encuentran el *Manual de Psiquiatría* de Juan C. Betta (60) y en los últimos años la *Introducción a la psiquiatría* compilada por Manuel Suárez Richards que presentó su tercera edición en 2006 (143).

Discusión y conclusiones

La psiquiatría argentina, al igual que todas las manifestaciones culturales de un país periférico, se caracterizó por la importación de ideas de las metrópolis occidentales que se tejieron con la producción local. Las escuelas europeas francesa y alemana, primero, y la norteamericana, después de la Segunda Guerra Mundial, tuvieron una influencia preponderante en ese proceso.

Hacia fines del siglo XIX, coincidentemente con el surgimiento de la especialidad en la Argentina, los alienistas de Buenos Aires estuvieron en contacto directo con sus pares europeos y participaron de los primeros intentos de elaborar una nosología psiquiátrica internacional, que en la época no se concretó.

Durante el siglo XX los criterios nosológicos y nosográficos de los autores europeos de la escuela francesa, principalmente, así como los de la escuela alemana, llegaron al Río de la Plata.

Simultáneamente, el pensamiento de algunos de los nosólogos argentinos trascendió las fronteras del país y fue adoptado en la región sudamericana, como ocurrió con la clasificación propuesta por José T. Borda. Con la misma ambición se generaron otras propuestas, como la de Gonzalo Bosch y Lanfranco Ciampi, aunque solo tuvieron una cierta influencia restringida a la Argentina. Un hito particular, que tampoco se impuso por mucho tiempo, pero dejó una impronta original por su perfil sanitario, fue la clasificación de las enfermedades mentales formulada por el primer ministro de Salud Pública del país, Ramón Carillo.

En otros casos, no se trató de clasificaciones generales sino de la descripción de ciertos cuadros que si bien constituyeron descripciones originales no se difundieron a otras latitudes, y quedaron circunscriptas al ámbito local, tal como la categoría oligotimia creada por Enrique Pichon-Rivière anticipando la caracterización del autismo infantil precoz realizada por Leo Kanner. Otro tanto podía decirse de las propuestas sobre la salud mental infantil de Carolina Tobar García y los tipos de personalidad descriptos David Liberman.

A excepción de J. T. Borda que presentó una clasificación de corte etiopatogénico todos los demás autores argentinos -Ameghino, Bosch y Ciampi, Krafp, Malfatti, Salvati y Pabstleben, Radecki y Arditti Rocha, Ciafardo y Betta- propusieron sendas nosologías de tipo sindrómico.

A pesar de su mayor o menor consistencia interna, tan discutible como la de cualquier otra nosografía psiquiátrica, cualquiera fuera su origen, las contribuciones argentinas no fueron adoptadas por los mismos profesionales del país en su práctica cotidiana ni incluidas por las autorida-

des sanitarias en las regulaciones ministeriales pertinentes, a excepción de la Resolución ministerial de Carrillo que, a pesar de su posible utilidad, fue derogada por las nuevas autoridades sanitarias nombradas por el gobierno de facto surgido del golpe de Estado de 1955 que derrocó al presidente constitucional Juan Domingo Perón.

Quizás una explicación posible de ese desapego por el pensamiento local y la adhesión mucho más regular a las nociones importadas de las metrópolis pueda encontrarse en las condiciones de una formación intelectual de país periférico y dependiente, como así también de los enfrentamientos políticos de grupos de intelectuales y las interrupciones por golpes de Estado de la continuidad institucional del país que se sucedieron entre 1930 y 1983. Lo cierto es que, a excepción de trazas en los diagnósticos registrados en las historias clínicas durante ciertos periodos en los que los autores de las nosografías argentinas ocuparon lugares de conducción institucional –como se verificó durante el periodo en que Bosch fue director del Hospicio de las Mercedes o Carrillo Ministro de Salud Pública– no se generó una adhesión sostenida de los especialistas locales a la tradición de los criterios fijados por los nosólogos argentinos de la psiquiatría. Sus aportes quedaron en el olvido y, prácticamente, no dejaron influencia posterior.

En las últimas décadas, especialmente a partir de los años '90 del siglo pasado, la mayor parte de los psiquiatras argentinos adoptaron las clasificaciones internacionales en boga (principalmente la de la serie de los DSM y muy secundariamente la de la CIE 10), mientras que un núcleo de ellos tuvo participación en la elaboración de una original propuesta regional: la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP-VR 2012); aunque ésta última a demostrado una escasa penetración en el ámbito local al igual que en el resto de la región.

Agradecimientos

El autor agradece al Dr. Fernando Fabris y a la Profesora Lía Ricón la atenta lectura y los aportes bibliográficos en relación a los pasajes de este artículo relativos a la obra de Enrique Pichon-Rivière y David Liberman, respectivamente.

Conflictos de interés

El autor declara no tener conflictos de interés en relación al contenido de este artículo. ■

Referencias bibliográficas

1. Stagnaro JC (2012) "Nosografías psiquiátricas contemporáneas: descripción y perspectivas críticas". En *Epistemología y Psiquiatría. Relaciones Peligrosas*, Emilio Vaschetto (Compil.). Buenos Aires: Polemos.
2. Stagnaro JC (2012) "Las nosografías psiquiátricas: descripción, análisis crítico y modo de utilización". *Programa de Actualización en Psiquiatría (PROAPSI) / APSA*. Buenos Aires: Ed. Panamericana.
3. Stagnaro JC (2012) "Bases históricas y epistemológicas de las clasificaciones psiquiátricas contemporáneas". Conferencia en la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. Inédito.
4. Solari BT. "El doctor Lucio Meléndez". *La Semana Médica*, Buenos Aires. 12 de diciembre de 1901.
5. Ingenieros J. *La locura en la Argentina*, Obras Completas, -Vol. 12, Ed. J. L. Rosso, Buenos Aires, 1937.
6. Ameghino A (1931) "Lucio Meléndez». *Rev. de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal*, Buenos Aires, setiembre-octubre.
7. Loudet O, Loudet OE (1971) *Historia de la Psiquiatría Argentina*. Buenos Aires: Ed. Troquel.
8. Guerrino A (1982) *La Psiquiatría Argentina*. Buenos Aires: Ed. Cuatro.
9. Stagnaro JC (2005) "Lucio Meléndez y el nacimiento de la psiquiatría como especialidad médica en la Argentina, 1870-1890". Tesis doctoral. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.
10. Pérez AF (1886) "Consideraciones sobre un caso de epilepsia". Tesis doctoral. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.
11. Ramallo N (1885) "Estudio sobre la parálisis general". Tesis, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.
12. Ferreyra M (1886) "El delirio". Tesis, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.
13. Stagnaro JC (1997) Lucio Meléndez y la primera matriz disciplinar de la Psiquiatría en Argentina. *Temas de historia de la Psiquiatría Argentina*. 1:3-15.
14. Cabred D. (1886) Comentario sobre el I Congrès de International de Phrénatrie de Amberes. *Rev. Médico-Quirúrgica*. XXIII.
15. Caponi S (2011) Para una estadística universal: un debate sobre la primera clasificación internacional de enfermedades mentales (1888-1889). *Frenia* XI: 67-88.
16. Caponi S (2012) Clasificaciones, acuerdos y negociaciones: bases de la primera estadística internacional de enfermedades mentales (París, 1889). *Dynamis* (32)1: 185-207.
17. Gache S (1879) *La locura en Buenos Aires*. Buenos Aires: Imprenta N. Biedma.
18. Gache S (1881) *El estado mental de la sociedad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Imprenta de "La Nación".
19. Meléndez L, Coni ER (1879) Estudio estadístico sobre la locura en Buenos Aires. *Revista Médico-Quirúrgica*, XVI.
20. Stagnaro JC (2012) *Grandes psiquiatras argentinos*. Bibliografía Científica Raffo. Buenos Aires: Polemos.
21. Meléndez L (1887) "Proyecto de Clasificación de las Enfermedades Mentales" (en colaboración con el Dr. Emilio R. Coni). *Rev. Médico-Quirúrgica*. XXIII. p. 292.
22. Voisin J (1883) *Leçons cliniques sur les maladies mentales et les affections nerveuses*. 2ème éd. París: Lib. J. B. Bailliére.
23. Chilotey JE (1882) "Contribución al estudio de la melancolía con estupor". Tesis, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

24. Vasallo M (1884) *"Delirio de las persecuciones"*. Tesis, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.
25. Cortina B (1886) *"Contribución al estudio de la lipemania aguda"*. Tesis, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.
26. Alzugaray V (1886) *"Breve estudio sobre la locura seudoparalítica"*. Tesis, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.
27. Bercherie P (1980) *Les fondements de la clinique*. París: Navarin [Versión castellana: *Los fundamentos de la clínica*. Buenos Aires: Manantial, 1986].
28. Lantéri-Laura G (1998) *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*. París: Du Temps [Versión castellana: *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*. Madrid: Triacastella, 2000].
29. Morel BA (1857) *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles, et morales de l'espèce humaine: et des causes qui produisent ces variétés malades*. París: Baillière.
30. Sergent E, Ribadeau-Dumas L, Babonneix L (1920-1925) *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, Vol. VII (Psychiatrie I) y VIII (Psychiatrie II). París: Maloine [Versión castellana de la Quinta edición francesa: Tratado de patología médica y de terapéutica aplicada, Tomo VII (Psiquiatría I) y VIII (Psiquiatría II). Barcelona: Pubul, 1924].
31. Rogues de Fursac J (1921) *Manuel de Psychiatrie*, 8^{ème} édition. París: Félix Alcan [Versión castellana: Manual de psiquiatría, Valencia: Pubul, 1921].
32. Dide M, Guiraud P (1922) *Psychiatrie du médecin praticien*. París: Masson.
33. Actas del II Congreso Nacional de Medicina. Subsección de Neurología y Psiquiatría. Buenos Aires, 1922.
34. Malfatti MG, Salvati AT (1926) *Psiquiatría*, 1era. edición; 2da. edición 1929; 3era. edición 1931. Buenos Aires: El Ateneo.
35. Malfatti MG, Salvati AT, Pabstleben CE. (1936) *Psiquiatría*, 4ta. edición 1936, 5ta. edición 1940, 6ta edición 1943. Buenos Aires: El Ateneo.
36. Bosch G, Ciampi L (1930) Clasificación de las enfermedades mentales. *Boletín del Instituto Psiquiátrico de la Facultad de Ciencias Médicas de Rosario*. Abril-Junio, N° 5: 111-121.
37. Actas de la primera Conferencia Latinoamericana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal (1928). Buenos Aires, 14-17 noviembre. Impr. de la Universidad, 1929. Biblioteca del Congreso de la Nación: Ubicación: 54022.
38. Chaslin P (1914) La "psychiatrie" est-elle une langue bien faite? *Revue Neurologique* XXVII, 16 – 23
39. Haustgen T (2016) Les langues de la psychiatrie, de Pinel au DSM. *Psychiatrie, Sciences humaines, Neurosciences*, 4; 14 : 45-57.
40. Bosch G (1930) *Algunas consideraciones de orden psiquiátrico*. Comunicación leída en la Sociedad de Neurología y Psiquiatría de Buenos Aires, Sesión del 7 de Noviembre de 1930. *Boletín del Instituto Psiquiátrico de la Facultad de Ciencias Médicas de Rosario*. Julio-Agosto-Setiembre, N° 6: 181-187.
41. Pende N (1927/28) *Trattato Sintetico Di Patologia E Clinica Medica* (3 Vol.). Messina: Manfredi Principato.
42. Klappenbach H, Piñeda A, Galanzini E (1997) Javier Brandom y los orígenes del Hospital Psiquiátrico de San Luis. *Acta Psiquiátr Psicol Am Lat*, 43(4):337-50.
43. Prado da Fonseca LE, Rocha HL, Arruda A (2016). Yes, nós temos Wundt: Radecki e a história da psicologia no Brasil. *Tesis Psicológica*, 11(1), 18-35.
44. Cambiaggio D (1977) Vida y obra de Waclaw Radecki (1887-1953). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 9; 2: 343-346.
45. Radecki W (1933). *Tratado de Psicología*. Buenos Aires: Jacobo Peuser.
46. Centofanti, R. (2003). O discriminacionismoafetivo de Radecki. *Memorandum*, 5, 94-104.
47. Jacó-Vilela AM, Centofanti R. (2012) Waclaw Radecki y Emilio Mira en la psicología de los trópicos. *Temas de historia de la psiquiatría argentina*, XV; 32: 50-56.
48. Radecki W, Arditi Rocha R (1937) *Manual de psiquiatría*. Buenos Aires: Peuser.
49. Carrillo R. ([1949]1974) "Bases para una clasificación de los enfermos mentales". En *Obras Completas*, Tomo V, Capítulo III, Buenos Aires: EUDEBA.
50. Carrillo R. ([1950] 1974) "Desarrollo de la Clasificación sanitaria de los enfermos mentales". En *Obras Completas*, Tomo V, Capítulo V. Buenos Aires: EUDEBA.
51. Carrillo R ([1949] 1974) "El problema de la asistencia de los enfermos mentales". En *Obras Completas*, Tomo V, Cap. IV. Buenos Aires: Eudeba.
52. Carrillo, R ([1949] 1974) "Situación jurídica de los enfermos mentales". En *Obras Completas*, Tomo V, Cap. II. Buenos Aires: Eudeba.
53. Ciaffardo R (1958) *Psiquiatría*. Buenos Aires: Vallardi.
54. Rojas N (1932) *Medicina legal*. Buenos Aires: El Ateneo
55. Dupré E (1904) "Définition médico-legale de l'aliéné". Leçon d'ouverture du cours de psychiatrie médico-légale. Institut de médecine légale et psychiatrie. París: Gainche, 1904 ; Extrait du *Bulletin Médicale*, février 1904.
56. Caire M. *Histoire de la psychiatrie en France*. En línea: <http://psychiatrie.histoire.free.fr/pers/bio/dupre.htm>.
57. Carofilo A (2001) Enrique Eduardo Krapf. Un psiquiatra alemán en la Argentina *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*. 11: 4-14.
58. Klappenbach H (2004) Eduardo Krapf (1901-1963): Primer Presidente de La Sociedad Interamericana de Psicología. *Revista Interamericana de Psicología*, Vol. 38, Num. 2 pp. 361-368.
59. Krapf EE (1959) *Psiquiatría*, Tomo I; Buenos Aires: Paidós.
60. Betta JC (1972) *Manual de psiquiatría*, 5ta. Edición. Buenos Aires: Editorial Albatros, pp. 267-273.
61. Codet H, Laforgue R (1925), Les arriérations affectives: la schizonoïa. *L'Évolution psychiatrique* 1: 102-126.
62. Pichon E (1928) Position du problème de l'adaptation réciproque entre la société et les psychismes exceptionnels. *Revue Française de Psychanalyse* 2 (1): 135-170.
63. Corniglio F (2016) Acerca de algunas incidencias del psicoanálisis francés en la producción del joven Lacan (1932-1938). *Revista Culturas Psi/Psy Cultures*, marzo 2016, N° 6: 138-157.
64. Pichon-Rivière E, Aberasturi A (1940) "Oligotimia y endocrinopatía", en *Actas y Trabajos del Segundo Congreso Panamericano de Endocrinología*, Tomo II.
65. Pichon-Rivière E (1946) Exposición sucinta de la teoría especial de las neurosis y psicosis. *Index de Neurología y Psiquiatría*, vol. 6, n 1.
66. Pichon-Rivière E (1971) *La psiquiatría, una nueva problemática Del psicoanálisis a la psicología social (II)*. Buenos Aires: Editorial Galerna.
67. Fabris F (2007) *Pichon-Rivière, un viajero del mil mundos*. Buenos Aires: Polemos, p. 125.

68. Babinski JF (1900) Tumeur du corps pituitaire sans acromégalie et avec arrêt du développement des organes génitaux. *Revue neurologique*, 8: 531-535.
69. Fröhlich A (1901) Ein Fall von Tumor de Hypophysis cerebriohne Akromegalie. *Wiener klinische Rundschau*, 15:833-836; 906-908.
70. Fulton JF (1946) *Biography of Harvey Cushing*. Oxford: Blackwell Scientific Publications, citado en Zárate A, Saucedo R (2007). La distrofia adiposogenital o síndrome de Frohlich y el inicio del concepto de neuroendocrinología. *Gac Med Mex* 143 (4): 349-50.
71. Launois P-E, Cléret M (1910) Le syndrome hypophysaire adipo-génital. *Gazette des hôpitaux*, 83: 57-64, 83-86.
72. Pichon-Rivière E ([1939-1948] 1983) "Introducción a la psiquiatría infantil" Sobre apuntes de cursos dictados en el Hospicio de las Mercedes entre los años 1939-1948. Reproducido en Pichon-Rivière E (1971) *La psiquiatría, una nueva problemática. Del psicoanálisis a la psicología social (II)*. Buenos Aires: Editorial Galerna, p. 312-329.
73. Pichon-Rivière E, Racovsky A, Salzman J (1940) Elementos constitutivos del síndrome adiposo genital prepuberal en el varón. *Archivos argentinos de pediatría*, XI; 4, Tomo XIV.
74. Zito Lema V (1985) *Conversaciones con Enrique Pichon-Rivière sobre el arte y la locura*. Buenos Aires: Ediciones Cinco.
75. Pichon-Rivière E (1968) Clase Nº 7 dictada para alumnos del 1er. Año de la Primera Escuela Privada de Psicología Social.
76. Griesinger W (1845) *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheit*. Leipzig. (Versión castellana: Patología y Terapéutica de las Enfermedades Mentales / 2 Tomos. Buenos Aires: Polemos, 1997).
77. Berrios GE, Beer D (1994) The notion of unitary psychosis: a conceptual history. *History of Psychiatry*; 5; 13-36 / DOI: 10.1177/0957154X9400501702
78. Macchioli FA (2010) Enrique Pichon-Rivière: la teoría de la enfermedad única a través de algunos de sus recorridos nosográficos. *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales* (en línea: www.area3.org.es Nº 14).
79. Macchioli F, Chayo J (2008). La epilepsia como patología del ritmo. Su incidencia en la Teoría de la Enfermedad Única de Pichon-Rivière. En Trimboli A; Fantin JC; Raggi S; Fridman P; Grande E, Beltrán G. (Eds.), *Modernidad, tecnología y síntomas contemporáneos*. Buenos Aires: Asociación Argentina de Salud Mental, pp. 399-401.
80. Pichon-Rivière E (1946 [1983]) Contribución a la teoría psicoanalítica de la esquizofrenia. *Revista de Psicoanálisis*, IV;1 (reproducido en Pichon-Rivière E (1983) *La psiquiatría, una nueva problemática. Del psicoanálisis a la psicología social*, Tomo II. Buenos Aires: Nueva Visión
81. Pichon-Rivière E (1947 [1983]) Psicoanálisis de la esquizofrenia. *Revista de Psicoanálisis*, V; 2 (Reproducido en Pichon-Rivière E (1983) *La psiquiatría, una nueva problemática. Del psicoanálisis a la psicología social*, Tomo II. Buenos Aires: Nueva Visión).
82. Pichon-Rivière, E ([1967] 1983) Una nueva problemática para la psiquiatría. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 13, (Reproducida en *La psiquiatría, una nueva problemática. Del Psicoanálisis a la Psicología Social*, Tomo II, Buenos Aires: Nueva Visión).
83. Pichon-Rivière E (1985). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
84. Pichon-Rivière E. (1970). *Del Psicoanálisis a la Psicología Social*, Tomo I, Buenos Aires: Editorial Galerna. Especialmente: [1946] "Exposición sucinta de la teoría especial de las neurosis y psicosis".
85. Macchioli F, Chayo J (2007). Cuatro principios fundamentales en la construcción de la Teoría de la Enfermedad Única de Enrique Pichon-Rivière. *Memorias de las XIV Jornadas de Investigación, Facultad de Psicología, UBA, ISSN 1669-5097*, 338-340.
86. Pichon-Rivière E (1962) "Prólogo al libro de David Liberman, 'La comunicación en terapéutica psicoanalítica'", reproducido en Pichon-Rivière E (1971) *La psiquiatría, una nueva problemática. Del psicoanálisis a la psicología social (II)*. Buenos Aires: Editorial Galerna, pp. 391-395.
87. Liberman D (1962) *La Comunicación en Terapéutica Psicoanalítica*. Buenos Aires: EUDEBA.
88. Ruesch J (1957) Principles of human communication. *Dialectica*, 11;1-2: 154-166.
89. Freud S (1905) *Tres ensayos sobre teoría sexual*. Vol. VII, Buenos Aires: Amorrortu.
90. Freud S (1933 [1932]) *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*. Obras completas, Vol. XXII. Buenos Aires: Amorrortu.
91. Abraham K (2006 [1924]) Un breve estudio de la evolución de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales, en *Obras escogidas*. Barcelona: Ediciones Hormé.
92. Klein M (1947) *Notas sobre algunos mecanismos esquizoides*. Obras completas. Buenos Aires: Paidós.
93. Klein M (1957). *Envidia y gratitud*. Obras Completas. Buenos Aires: Paidós.
94. Morris Ch (1994 [1934]) *Fundamentos de la teoría de los signos*. Barcelona, México, Buenos Aires: Planeta Agostini.
95. Chomsky N (1970 [1965]) *Aspectos de la teoría de la sintaxis*. Madrid: Aguilar
96. Jakobson R (1960) "Closing Statements: Linguistics and Poetics." en Sebeok TA, *Style In Language*, Massachusetts: MIT Press, Cambridge.
97. Liberman D (1970) *Lingüística, Interacción comunicativa y Proceso Psicoanalítico*. 3 tomos, Buenos Aires: Galerna-Nueva Visión.
98. Liberman D (1975) Cambios en la teoría y en la práctica psicoanalítica. Congreso Internacional de Psicoanálisis, Londres. *Revista de la Asociación Psicoanalítica Argentina*. A.P.A. T. XXXIII, Nº4.
99. Liberman D (1976) *Comunicación y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Alex Editor.
100. Arbiser S (2008) El legado de David Liberman. *Psicoanálisis* XXX; 1: 149-174.
101. Ricón L (1995) *Problemas del campo de la Salud Mental*. Buenos Aires: Paidós.
102. Castillo C (2008). "Fichas e historias clínicas en el campo de la infancia en la Argentina". *Actas del IX Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología, y el Psicoanálisis*.
103. Tobar García, C (1945) *Higiene mental del escolar*. Buenos Aires: El Ateneo.
104. Castillo C (2010) Diagnósticos y clasificación de los niños en edad escolar a partir de las fichas elaboradas por Carolina Tobar García. *Revista de Historia de la Psicología en Argentina* Nº 3. (En línea: <http://docplayer.es/13799138-Revista-de-historia-de-la-psicologia-en-argentina.html>).
105. Stagnaro JC (2011) "Carolina Tobar García. Psiquiatría infantil, pedagogía, criminología y prevención" en *Historia de*

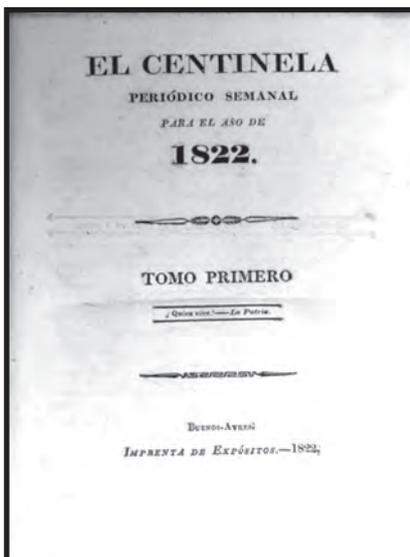
- la niñez en la Argentina, Sánchez M (Compil.). Buenos Aires: Dunken, pp. 279-292.
106. Asociación Psiquiátrica de América Latina, Sección de Diagnóstico y Clasificación. Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, Versión revisada (GLADP-VR) (2012) Lima: Asociación Psiquiátrica de América Latina.
 107. Stengel E. (1959) Classification of Mental Disorders *Bull WHO* 1959; 21: 601-663.
 108. Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA, Winokur G, Muñoz R (1972) Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26: 57-63.
 109. Endicott J & Spitzer RL (1978) A diagnostic interview: the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 35: 837-844.
 110. Spitzer RL, Endicott J, Robins E (1978) Research Diagnostic Criteria. Rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 35:773-783.
 111. American Psychiatric Association (APA) (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III)*. Washington DC: APA.
 112. American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., (DSM-IV)*. Washington, DC: APA.
 113. American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (DSM-5)*. Arlington, Virginia: APA Press.
 114. World Health Organization (1997) *Multiaxial Presentation of ICD-10 for Adults*. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.
 115. Leme Lopes J (1954) *As Dimensões do Diagnostico Psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Agir.
 116. Fabregas H (1996) Cultural and Historical Foundations of Psychiatric Diagnosis: En Culture and Psychiatric Diagnosis. Mezzich J. et al Editor. Washington D.C.: American Psychiatric Press.
 117. Horwitz J, Marconi J. El problema de las definiciones en el campo de la salud mental: Definiciones aplicables en estudios epidemiológicos. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 1966; 60: 300-309.
 118. Ramírez E. Sistema octagonal de diagnóstico psiquiátrico. Dirección de Salud Mental de Puerto Rico, 1989.
 119. Acosta Nodal C, Mignagaray R, Duarte Castañeda F, Noriega G, Magriñat JM (1975) *Glosario Cubano de la Clasificación Internacional de Enfermedades Psiquiátricas (GC-1)*. Ira. ed. La Habana: Hospital Psiquiátrico de la Habana.
 120. Acosta Nodal C, Mignagaray R, Nogueira G, Duarte FD, Magriñat JM (1986) *Glosario Cubano de la Clasificación Internacional de Enfermedades Psiquiátricas. (GC-2)2da. ed.* La Habana: Editorial Científico Técnica.
 121. Otero Ojeda AA, Ravelo Pérez V, Calzadilla Fierro L, Echazabal A, Duarte Castañeda F, Magriñat Fernández JM, Acosta Nodal C (2000) *Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría (GC 3)*. 3era ed. La Habana: Hospital Psiquiátrico de la Habana.
 122. Sección APAL de Diagnóstico y Clasificación: Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (2004). Guadalajara: APAL.
 123. Laín Entralgo P (1982) *El Diagnóstico Médico*. Barcelona: Salvat.
 124. Mezzich JE, Salloum IM, Cloninger CR, Salvador-Carulla L, Kirmayer L, Banzato CE, Wallcraft J, & Botbol M (2010) Person-centered Integrative Diagnosis: Conceptual Bases and Structural Model. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55: 701-708.
 125. Salloum IM, Mezzich JE (2011) Conceptual appraisal of the Person-centered Integrative Diagnosis Model. *International Journal of Person Centered Medicine*, 1: 39-42.
 126. World Health Organization (1946) Constitution of the World Health Organization. Geneva: OMS.
 127. Mezzich JE (2005) Positive Health: Conceptual Place, Dimensions and Implications. *Psychopathology* 39:177-179.
 128. Mezzich JE (2012) Towards a Health Experience Formulation for Person-centered Integrative Diagnosis. *International Journal of Person Centered Medicine*, 2: 188-192.
 129. Saavedra JE, Noguchi H, Otero A, Brítez Cantero J, Elvia Velásquez E (2015) La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico -Versión Revisada- (GLADP - VR) y el Diagnóstico Centrado en la Persona. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 15; 1: 7-18.
 130. Saavedra JE, Mezzich JE, Otero A, Salloum IM. The revision of the Latin American Guide for Psychiatric Diagnosis (GLADP) and an initial survey on its utility and prospects *The International Journal of Person Centered Medicine* 2012; 2(2): 214-221).
 131. Stagnaro JC, Klubok E, Huanambal D, Rubinetti H (2011) Primera investigación epidemiológica multicéntrica utilizando la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP) en la Argentina. *Vertex, Rev Arg de Psiquiat.* XXII, 99: 325-336.
 132. Reed GM, João Mendonça Correia J, Esparza P, Saxena S, Maj M (2011) Encuesta mundial de WPA-WHO sobre las actitudes de los psiquiatras hacia la clasificación de los trastornos mentales. *World Psychiatry*; 10:118-131).
 133. Lange J (1941) *Psychiatrie* (4ta. Edición revisada por August Bostroem). Leipzig: [Versión castellana: *Psiquiatría*. Madrid-Barcelona: Editorial "Miguel Servet", 1942].
 134. Bumke O (1942) *Lehrbuch der Geisteskrankheiten*. 5ta. edición [Versión castellana: *Nuevo tratado de enfermedades mentales*. Barcelona: F. Seix, 1946].
 135. Mayer Gross W, Slater E, Roth M (1958) *Psiquiatría clínica*. Buenos Aires: Paidós.
 136. Arieti S (1959) *American Handbook of Psychiatry*. Vol. I, II y III. New York: Basic Books.
 137. Kaplan HI, Sadok BJ (1982) *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Masson/Salvat.
 138. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA (2004) Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. Séptima edición. Buenos Aires: Panamericana.
 139. Ey H (1965) *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Masson.
 140. Giné y Partagas J (1876) *Tratado teórico-práctico de frenopatología o estudio de las enfermedades mentales*. Madrid: Moya y Plaza.
 141. Vallejo Nájera A (1944) *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Salvat.
 142. Vallejo Ruiloba J (2015) *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 8ª edición. Barcelona: Masson.
 143. Suárez Richards M (2006) *Introducción a la psiquiatría*. 3era edición. Buenos Aires: Polemos.
 144. Lévy-Valensi J (1926) *Précis de psychiatrie*. 1^{ère} édition; 2^{ème} édition, 1939; 3^{ème} édition (posthume), 1948. París: J.-B. Baillière et fils.
 145. Andía ED (1944) *Clínica psiquiátrica*. Buenos Aires: Aniceto López.



el rescate y la memoria

Pinel en las Pampas: Primer diagnóstico psiquiátrico en la era independiente

Norberto Aldo Conti



La Reforma Eclesiástica de 1822 y el caso de la monja Vicenta Álvarez

En el año 1822, durante el gobierno de Martín Rodríguez, el dinámico ministro de gobierno Bernardino Rivadavia promueve una Reforma Eclesiástica luego de reconocer el estado de desorden y anarquía que existía en los conventos católicos debido a la creciente desorganización suscitada desde los inicios de la revolución una década antes. La situación descripta incluía situaciones de abandono de obligaciones y vagancia hasta llegar a conductas criminales de los regulares.

En ese contexto el 9 de octubre de 1822 el gobierno envía un escrito a la Sala de Representantes fundamentando la necesidad y alcances de dicha reforma. Luego de su lectura toma la palabra el diputado Sr. Irigoyen y solicita que la misma se extienda a los monasterios, ya

que no incluía a las instituciones femeninas, y se refiere a ellos de la siguiente manera:

“esos asilos tenebrosos, donde tienen su trono la superstición cruel, la espantosa miseria y el despotismo tanto más atroz y horroroso, cuanto se ejercita por sistema, por constitución y por piedad. En el día, señores, existe una monja en el Convento de Catalinas, víctima de una convulsión histérica, o sea frenesí. Esta enfermedad es periódica, y le asalta precisamente en aquellas estaciones en que nuestra especie, como toda naturaleza, aspira a regenerarse. Todos los síntomas manifiestan que el origen de la enfermedad está en los principios físicos de su constitución. Muchas otras hay a quienes falta muy poco para tocar ese extremo de desesperación. Y ¿seremos tan insensibles que miremos con indiferencia estos horrores? Y ¿no alargaremos a estas infelices una mano bienhechora? Señores, conozco el imperio de nuestras preocupaciones, fruto amargo de nuestra perniciosa educación; conozco el respeto que ellas merecen; pero creo también que es llegado ya el caso de empezar a atacarlas con firmeza, a minar sus fundamentos para que desaparezcan de entre nosotros para siempre. Quizás nos acarreamos una censura momentánea, pero recibiremos en recompensa las bendiciones de esas almas virtuosas y el aplauso duradero de la posteridad.”

Las palabras del Sr. Irigoyen suscitaron una inmediata respuesta, por un lado y con el apoyo del canónigo Julián Segundo de Agüero, perteneciente al entorno rivadaviano, se aprobó el pasaje de dicha moción a la Comisión de Legislación y por otro lado, ante el tenor de su denuncia, el Poder Ejecutivo, en cuarenta y ocho horas, designa una comisión para *“examinar el estado físico y moral de la mujer Sor Vicenta Álvarez”*.

Dada la polarización que existe en los ciudadanos de la ciudad de Buenos Aires entre las posiciones ortodoxas y las reformistas, el Gobierno nombra una comisión de irrefutable prestigio y competencia. La misma estaba formada por el Prefecto de Medicina Dr. Juan Antonio Fernández, el médico de policía Dr. Pedro Rojas, el médico del mismo Monasterio Dr. Matías Rivero y el señor gobernador del obispado.

Sin demora la comisión se constituye en el Convento de Catalinas el mismo día de su designación y realiza el examen de Sor Vicenta Álvarez entregando el informe

escrito al día siguiente, 12 de octubre de 1822, el mismo constituye el texto que hoy presentamos.

El 14 de octubre el Gobierno pasa el informe al Deán y Cabildo Eclesiástico, encargado del gobierno de la diócesis, y el Cabildo emite su opinión el 18 de octubre en un escrito del cual rescatamos la descripción del trastorno de Sor Vicenta desde la perspectiva de la autoridad religiosa:

“padece en ciertos períodos del año una exaltación tan desmedida de su sensibilidad, que como frenética se arroja a los claustros, asusta a sus compañeras, y las escandaliza tanto en sus acciones y palabras, que a pesar de su mansedumbre y caridad se han visto muchas veces en la dura y sensible precisión de encarcelarla, hasta que calma algún tanto el frenesí de que es agitada; siendo muy notable que la misma enferma ha pedido en varias ocasiones su encarcelamiento, conociendo que iba a padecer esos transportes de que no es dueña, ni puede evitar”.

Finalmente el 21 de octubre a las siete de la tarde Vicenta Álvarez fue exclausturada del Convento de las Catalinas y llevada por su madre, Ana María Perdriel, a la casa de su familia.

La repercusión pública de este incidente puede ser seguida en el periódico *El Centinela* el cual, luego de la exclausturación, concluye:

“Nosotros no queremos detenernos ahora en aplaudir el celo de ambas autoridades, ni la circunspección con que se han expedido en este negocio delicado; lo que sí nos parece del caso es hacer notar el juicio que debe formarse de la exposición de motivos sobre la petición general hecha por el señor Irigoyen, después de haber resultado comprobado en todas sus partes el hecho particular que alegó para elevar más el mérito de sus clamores filosóficos. Cuando una causa se defiende de este modo, ella no sólo honra al abogado, sino que le dispone un triunfo decisivo, y nosotros creemos que el señor Irigoyen lo reportará por recompensa a la valentía con que se produjo, y a las nobles intenciones con que sin duda fue conducido a abrir la discusión sobre la reforma eclesiástica, de un modo tan luminoso.”

Informe médico de Vicenta Álvarez

“Que la precitada religiosa padece una manía periódica con delirios, en cuyos intervalos, que son irregulares y más o menos largos, vuelve a gozar del uso de su razón, quedando solamente un estado exaltado de su sensibilidad, que se deja notar por una susceptibilidad extrema de las impresiones de todo género, y una locuacidad que no es propia en las personas del claustro; tal era su estado ayer cuando practicamos el reconocimiento; ella nos hizo una pintura exacta de sus paroxismos y de su enfermedad, que en seguida fue confirmada por la superiora de la casa, y que es tanto más cierta, cuanto que es conforme a la observación que hizo de ella el año pasado de 1819 uno de los individuos que tienen el honor de subscribir ... Su físico está bastante deteriorado, pero sus funciones arregladas y no aparece ninguna alteración profunda de ellas. En el examen de las causas de su enfermedad no hemos podido apreciar ninguna física, a que poderlo atribuir primitivamente. Son los deseos contrariados de su exclaustación, como ella misma se ha expresado, los que, apoderándose fuertemente de su imaginación, han excitado combates interiores y emociones vivas, bastantes a inducir el trastorno de su razón. Ellos manteniendo su moral en un estado de violencia y detención, por explicarnos así, la predispone singularmente a sufrir los ataques de manía, cuando el influjo de la estación o de otras circunstancias particulares, capaces de conmover su físico o su moral, se dejan percibir. En una época en que se han hecho tantas y tan bellas aplicaciones de la metafísica a la medicina, y en que las enfermedades del espíritu se han estudiado filosóficamente, casi del mismo modo que las del cuerpo, es por

demás decir que la razón y la experiencia conspiran a señalar el único tratamiento capaz de curar a la enferma de que se trata, o al menos de evitar que los ataques, disminuyendo progresivamente sus intervalos, hagan presentarse la manía bajo la forma de continua; *tal es el tratamiento moral*. Si éste debe siempre establecerse, aun cuando la manía es producida por causas físicas, debe adaptarse con preferencia, cuando ella es el efecto puramente de morales. Satisfacer sus deseos debe ser la primera indicación, la exclaustación, que, como hemos dicho anteriormente, es el único objeto de ellas, es el primero y único medio de llenarla. Además, en sus ataques de manía ha sufrido en el convento tratamientos duros y violentos; a los medios de dulzura, benevolencia y amistad que demanda en estos casos una medicina esclarecida, se han substituido la aspereza, las represiones prolongadas, la cárcel, el cepo, etc. Es por esto que los claustros son para ella un objeto de odio y de terror y es demasiado sabido, cuanto importa separar de la vista de los maníacos, todo lo que pueda afectarles vivamente a conmover sus pasiones. En resumen, el corazón de esta desgraciada, Excmo. Señor, está herido de la desesperación; y es en él, donde inmediatamente debe la mano bienhechora de V. E. derramar el bálsamo del consuelo: ella nos lo ha pedido expresamente, y nosotros no llenaríamos los sagrados deberes de nuestro ministerio si no nos avanzásemos a elevar esta súplica a V. E.”

Dr. Juan Antonio Fernández,
Dr. Pedro Rojas,
Dr. Matías Rivero

Diagnóstico y tratamiento en clave pineleana

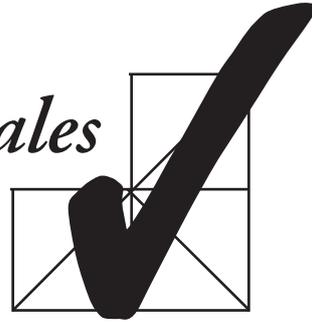
Que el conocimiento de las doctrinas pineleanas formaba parte del bagaje científico de los redactores del informe resulta evidente tanto en el uso nosográfico como en las referencias al tratamiento moral (remitimos al lector a “ El tratamiento moral de Pinel en los orígenes de la psiquiatría moderna”, El rescate y la memoria, Vertex, Vol. XIX, Nro. 82, pp. 394-400 donde nos hemos ocupados de Pinel, la alienación y su tratamiento moral) pero no queremos cerrar esta presentación sin la presencia de dos fragmentos del *Tratado Médico Filosófico de la enajenación mental o manía* (1801) sumamente ilustrativos del trasfondo argumental en que se sostiene el informe porteño:

“La manía es continua o periódica con repeticiones regulares o irregulares de los paroxismos, y se caracteriza tanto en lo moral como en lo físico, por una fuerte excitación nerviosa,

y por la lesión de una o muchas funciones del entendimiento, con emociones alegres ó tristes, extravagantes ó furiosas.”

“... en esta especie de manía todo anuncia una fuerte excitación nerviosa, y un nuevo incremento de las fuerzas vitales, como se deja conocer por la continua agitación de los que la padecen, por sus gritos descompasados, por su inclinación a cometer actos de violencia, por las vigiliadas continuadas, por su mirar animado, por su ardor para la venus, por su petulancia, por sus respuestas suspicaces, y por aquella confianza que tienen en sus propias fuerzas, y en sus facultades morales, de todo lo cual nace un nuevo orden de ideas independientes de las impresiones de los sentidos, unas nuevas emociones sin ninguna causa real, y toda especie de ilusiones y de aprehensiones. Así, pues, nos debe causar poca admiración el que la Medicina expectante, esto es, el régimen moral y físico, baste por lo común para conseguir una curación completa.”

Lecturas y señales



Stephen King, la vejez y el Alzheimer. El bazar de los malos sueños

Daniel Matusevich

“Bien sabe Dios que aquí todos tenemos un pie en la tumba y otro en una piel de plátano”.

Autor: Stephen King
Plaza Janés (Penguin
Random House), 2017



Es evidente que a medida que van envejeciendo algunos de los grandes escritores (norte) americanos cada vez se preocupan más por la cuestión del paso del tiempo. Veamos sino el último ciclo de novelas del Philip Roth (84), un compendio acerca de la vejez, el narcisismo, el olvido y la muerte, o el final (¿?) del fabuloso Frank Bascombe en *Francamente Frank* del no menos fabuloso Richard Ford (73); John Irving (75) no es la excepción, pero aquí yo agregaría la salvedad de que sus increíbles sagas familiares (ver la mágica *Gente como uno*) siempre están atravesadas por viejos notables que en ocasiones funcionan como el alter ego del narrador.

Sin embargo, en la reseña de este número de VERTEX nos ocuparemos del prolífico Stephen King (70); a lo largo de los años ha ido compaginando una de las obras más importantes de la narrativa actual, que abarca novelas, novelas cortas, cuentos, autobiografía, manuales de estilo y hasta poemas (tal vez lo más flojo de su pro-

ducción). Discutido y poco valorado hasta hace algún tiempo, hoy se ha ganado el respeto de casi todos, no solo por su obra, sino también por su compromiso con las personas más desfavorecidas por el sistema, así como por su legendaria sencillez y humildad. Al estar alejado de toda pretensión, su estilo es ideal para permitirnos poner en el lugar de los otros.

En el prólogo de *El bazar de los malos sueños* relata que "...escribir me proporciona felicidad, porque lo mío es entretener. No toco muy bien la guitarra, ni bailo claqué, pero esto sí sé hacerlo. Y lo hago". Creo que se queda bastante corto, habría que adicionar que sabe asustarnos, emocionarnos y hacernos pensar casi como nadie desde Dickens, como mínimo. También podemos agregar que es una inspiración permanente para aquellos que tratamos de escribir, una gran compañía desde que escribió el breve manual/autobiografía *Mientras escribo*, postrado en una cama después del accidente que casi le cuesta la vida allá por el año 1999. Sus aportes a lo que llama "el oficio del escritor" son siempre bienvenidos por todos los que creemos que "cuando se trata de escribir narrativa, sea larga o corta, la curva de aprendizaje nunca termina".

No vamos a comentar el libro, aquellos interesados en una mirada profunda del mismo pueden recurrir a Mariana Enriquez (Radar, "Los sueños caídos"), leer el completísimo ensayo que acaba de publicar Elvio Gandolfo (Revista de Libros, "Los cuentos de Stephen King") o festejar con Rodrigo Fresan el año King (El Tiempo, "Stephen King, La pesadilla americana").

En cambio, vamos a enfocarnos en dos cuentos del mismo, que abordan de manera magistral la cuestión del paso del tiempo, del envejecimiento, de los olvidos y de la muerte. Este tema para nada es nuevo en la obra de nuestro autor, lo afrontó de manera impecable en una novela anterior, *Duma Key*, en el año 2008. En esta novela de 727 páginas uno de los personajes centrales es Elizabeth Eastlake, quien sufre una enfermedad de Alzheimer bastante avanzada; vale la pena señalar que quienes la lean no se van a encontrar con una viejita perdida y confusa, sino con un personaje poderoso, que con sus olvidos y visiones va determinando la suerte y el destino del protagonista.

Como podremos comprobar en los relatos que hemos seleccionado, el registro de una vejez empoderada más allá de los olvidos, será una constante en la obra de nuestro autor, dejando de lado cualquier tipo de mirada estigmatizante, tanto sobre la vejez como sobre la enfermedad. Las historias de King se alejan de cualquier estereotipo viejista y se acercan al fenómeno del envejecimiento de una forma sensible, respetando los diferentes modelos y las diferentes formas que dicho proceso adopta. Los cruces de la vejez con las relaciones familiares, la institucionalización, los olvidos, la demencia o el SIDA se producen como en la vida, sin explicaciones innecesarias.

En "Batman y Robin tienen un altercado" asistimos a la relación de Sanderson con su padre, quien es visitado por el hijo dos veces por semana en la residencia geriátrica en la que pasa "...los brumosos años finales de su vida" para llevarlo a comer afuera. La relación

es descrita con gran sensibilidad y detalle, el padre tiene Alzheimer ("Corre un chiste ya antiguo sobre el Alzheimer: lo bueno es que conoces gente nueva todos los días. Sanderson ha descubierto que lo bueno es más bien que el guion rara vez cambia. Lo que significa que casi nunca tiene que improvisar") y el hijo sufre por ser permanentemente confundido con su hermano muerto ("He ahí lo malo del trastorno de su padre: es capaz de una crueldad aleatoria que, pese a no ser intencionada, puede herir en grado sumo"). Un accidente de automóvil, una constante en la obra de King, cambiará la relación para siempre, permitiéndonos entender que la enfermedad no es un obstáculo para el contacto y que los vínculos siguen vivos, mucho más allá de la devastación neurológica. La identidad de la persona está ahí, vigente, pudiendo aparecer cuando más se la necesita.

En "Pimpollo" el escenario también es una institución, en este caso el centro residencial tutelado Lakeview; asistimos a las vidas de Ollie, David y Olga, huéspedes del mismo que se relacionan entre recuerdos, olvidos y una gran naturalidad para aceptar los efectos del envejecimiento en las vidas de las personas ("Cumpliré los noventa en otoño, si llega. Tiene derecho a tener alguna tuerca suelta"). Esta última cuestión nos parece central en el relato, las personas se van adaptando a las trampas de la memoria, viven con ellas, en ningún momento aparece la medicina para alterar los equilibrios que los personajes van construyendo. Sabemos que a veces esto es imposible, marcamos entonces la diferencia entre intervenir tratando de respetar los procesos que van viviendo y medicalizar las vidas desarticulando las existencias y las identidades constituidas.

Estas historias, que cuentan verdades inventadas, son más reales que muchas historias verdaderas; tal vez las narraciones sean la última esperanza que nos queda para poder construir una nueva semiología que dé cuenta de los sufrimientos actuales. Los psiquiatras no han recogido aún el guante, más atentos a idolatrar un pasado que ya no volverá o hipnotizados por el discurso positivista de las neurociencias.

Para King el Alzheimer se configura como un territorio en el que los recuerdos y los olvidos se mezclan sin nostalgia, permitiendo que cada quien vaya significando su mundo como quiera o como pueda. Los personajes de ambos cuentos no ceden su lugar de protagonistas; mas allá de cualquier enfermedad, se niegan a abandonar el mundo sin dejar una marca, una señal de presencia. Pareciera que el autor se empeña en decirnos que hay vida más allá de la enfermedad, y esa es una muy buena noticia.

Aquellos amantes de los cuentos e interesados en los diferentes modos de envejecer, en el paso del tiempo y en la muerte no se van a ver defraudados por estos dos relatos que creemos nosotros aportan luz a una etapa de la vida que muchos prefieren mantener en la oscuridad. Se encontrarán aquí con el rey Chejov más que con el rey Poe, un movimiento de lo más apropiado para aquello que se intenta contar. Por último, esperemos que a Steve no le pase lo mismo que a Georgie, habrá que esperar, quien les dice... ■