

VERTEX
REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA
128

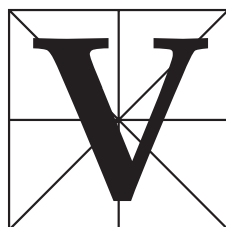


NARRATIVAS EN PSIQUIATRÍA

Agrest / Carrió / Carroll / Gothelf / López Geist / Matusevich

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

Volumen XXVII – N° 128 Julio – Agosto 2016 – ISSN 0327-6139 – Buenos Aires



VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

128

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. Monchablon Espinoza, J. Nazar, E. Olivera, J. Pellegrini, D. J. Rapela, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, D. Rabinovich, A. Ravenna, E. Rodríguez Echandía, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, I. Vegh, H. Vezzetti, P. Zöpke. **AUSTRIA:** P. Berner. **BÉLGICA:** J. Mendlewicz. **BRASIL:** J. Forbes, J. Mari. **CANADÁ:** B. Dubrovsky. **CHILE:** A. Heerlein, F. Lolas Stepke. **EE.UU.:** R. Alarcón, O. Kernberg, R. A. Muñoz. **ESPAÑA:** V. Barembli, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** F. Caroli, H. Lóo, P. Nöel, 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 Matusevich (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. Álvarez); 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. H. Garcilaso. **JUJUY:** C. Rey Campero; M. Sánchez. **LA PAMPA:** C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera; F. Linares; O. Voloschin. **NEUQUÉN:** E. Stein. **RÍO NEGRO:** D. Jerez. **SALTA:** J. M. Moltrasio. **SAN JUAN:** M. T. Aciar. **SAN LUIS:** J. Portela. **SANTA FE:** 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. Artilles Visbal. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **ESPAÑA:** M. A. Díaz. **EE.UU.:** G. de Erausquin; R. Hidalgo; P. Pizarro; D. Mirsky; C. Toppelberg (Boston); D. Vigo (Boston). **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.

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:
Laura Carosella

Diseño
Marisa G. Henry
marisaghenry@gmail.com
Impreso en:
Cosmos Print
Edmundo Fernández 155, Avellaneda

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.

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

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XXVII Nro. 128 JULIO - AGOSTO 2016

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX

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

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

SUMARIO

VERTEX
*Revista Argentina de
Psiquiatría*

Aparición
Bimestral

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

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

Ilustración de tapa

"Otoño"

*Artista: Irene Marzano
Año 2012*

120 x 70 cm

Acrílico sobre tela

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLÍNICAS Y NEUROCIENCIAS

- **Consumo problemático de sustancias e historial suicida en pacientes internadas en un Servicio de Agudos de Salud Mental**
Sebastián Camino, Ramiro Expósito, Demián Rodante pág. 245
- **Fibromialgia y encefalomiелitis miálgica: la pista del oxígeno**
Pablo Beretta pág. 252
- **Tabaquismo entre estudiantes de medicina de un Instituto Universitario de Buenos Aires: estudio de corte transversal**
Lucas E. Gonzalez, Nicolás A. Lescano, Sergio A. Terrasa, María Victoria Salgado pág. 256
- **Impacto de las alteraciones del reconocimiento facial emocional en la demencia tipo Alzheimer**
Wanda Rubinstein, Florencia Cossini, Daniel Politis pág. 263

DOSSIER

- NARRATIVAS EN PSIQUIATRÍA** pág. 270
- **Narrativas en primera persona: ¿qué es lo nuevo para un profesional de la salud mental?**
Martín Agrest pág. 274
- **Enseñar y aprender habilidades narrativas con profesionales de la salud. El cultivo de sentidos y posibilidades**
Silvia Carrió pág. 280
- **El diario de formación como estrategia para la reflexión sobre la práctica en la formación inicial y continua de los especialistas en Salud Mental**
Lic. Elizabeth Gothelf, Dr. Hugo Carroll pág. 285
- **La razón narrativa: apuntes de psiquiatría y narrativa**
Daniel Matusevich pág. 291
- **La narrativa de los medios y la investigación científica**
María de los Ángeles López Geist pág. 299

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- **Historia de la Cátedra de Neurología de la Universidad de Buenos Aires (1887-2007)**
Ricardo F. Allegri, Leonardo Bartoloni, Roberto E. Sica pág. 306

LECTURAS Y SEÑALES

- **Todos deberíamos ser feministas**
Daniel Matusevich pág. 319



EDITORIAL



La noción de Factor de Impacto (FI), como instrumento de valoración de las publicaciones científicas, fue creada en los EEUU por Eugene Garfield en 1955.

El FI se calcula a partir de una fórmula en cuyo numerador se consigna el número promedio de veces que los artículos de una revista publicados en los dos años previos han sido citados en el presente año y en el denominador, el número de artículos originales de investigación y artículos de revisión publicados.

Tiempo después Garfield fundó el repositorio internacional Science Citation Index (SCI), que mide a partir del FI la repercusión de los trabajos publicados en revistas científicas. En su concepción el SCI perseguía comprobar los vínculos entre investigadores a través de las citaciones y ser un elemento de ayuda para seleccionar en qué revistas publicar. Pero poco a poco se fue imponiendo como método para la evaluación de grupos e instituciones de investigación y autores; y la generalización de su empleo ha llegado a condicionar las formas de citación y publicación de artículos científicos, como así también a influir excesivamente en la toma de decisiones para promociones profesionales, contrataciones y financiamientos a distintos niveles de la comunidad científica. Sin embargo, las publicaciones no anglosajonas en el SCI son muy escasas, lo cual limita su uso para estimar la real repercusión de las publicaciones que no pertenecen a ese ámbito geográfico y cultural. En efecto, las revistas latinoamericanas ocupan las últimas posiciones en los rankings de sus respectivas temáticas, si es que figuran. De allí se deriva una obsesión acrítica por parte de los autores de todo el mundo por publicar en las revistas incluidas en el SCI.

Muchas son las críticas que se hacen al FI: en primer lugar porque determina una asimetría arbitraria ya que en el numerador de su ecuación se incluye cualquier tipo de contenido pero en el denominador, solo los artículos citables; porque el FI de una revista es una medida del nivel de una revista, no la medida del nivel de un artículo, y su uso para determinar el impacto de un solo artículo es estadísticamente incorrecto puesto que la distribución de las citas está sesgada para todas las revistas, con un número muy pequeño de artículos manejando la gran mayoría de las citas; además, el impacto no es índice de igual importancia o de avance en un campo, y la búsqueda de un alto FI, ya sea a nivel de un artículo o de una revista, puede desviar los esfuerzos de investigación de las prioridades más importantes.

Sin embargo, como señala un reciente editorial de la prestigiosa revista Microbiology and Molecular Biology Reviews de la Sociedad Americana de Microbiología (ASM): "A pesar de la generalizada condena a la utilización de los FIs de las revistas para evaluar la importancia de los trabajos publicados, estos siguen siendo ampliamente usados en la publicación, contratación, y financiación" en el ámbito científico; y, considerando que "la búsqueda incesante de publicaciones de alto FI ha sido perjudicial para la ciencia", los jefes de redacción y la dirección de la ASM decidieron no anunciar más los FI en su fondo de revistas que incluye, además de la citada, las muy difundidas Antimicrobial Agents and Chemotherapy, Applied and Environmental Microbiology, Clinical Microbiology Reviews, Infection and Immunity, Journal of Clinical Microbiology, mBio, Microbiology and Molecular Biology Reviews, mSphere, and mSystems, con el fin de "no contribuir aún más a la inadecuada focalización en revistas con alto FI", con la esperanza de que esa declaración de principios pueda ser emulada por otras publicaciones ■

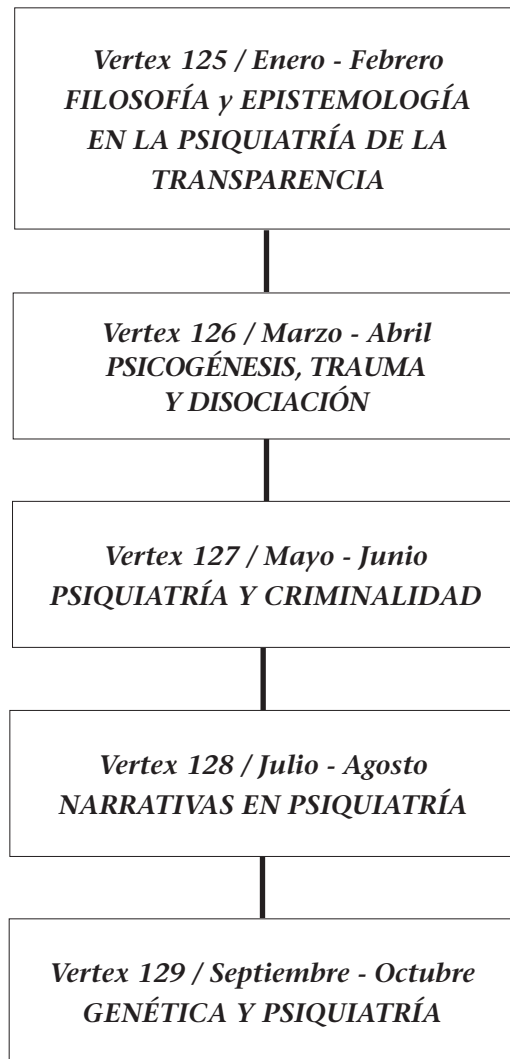
REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

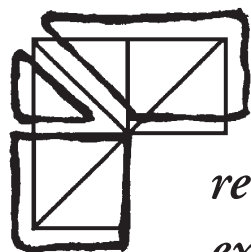
Los artículos que se envíen a la revista deben ajustarse a las normas de publicación que se especifican en el sitio www.editorialpolemos.com.ar

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 lo 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 2016





*revista de
experiencias
clínicas y neurociencias*



Consumo problemático de sustancias e historial suicida en pacientes internadas en un Servicio de Agudos de Salud Mental

Sebastián Camino

*Médico Residente de 4to Año de Psiquiatría, Hospital Neuropsiquiátrico "Braulio A. Moyano"
E-mail: dr.scamino@gmail.com*

Ramiro Expósito

Médico Residente de 4to Año de Psiquiatría, Hospital Neuropsiquiátrico "Braulio A. Moyano"

Demián Rodante

*Médico Especialista en Psiquiatría
Médico de Planta Hospital Neuropsiquiátrico "Braulio A. Moyano"
Ex Jefe de Residentes y Residente de Psiquiatría, Hospital Neuropsiquiátrico "Braulio A. Moyano"
Jefe de Trabajos Prácticos III Cátedra Farmacología, Facultad de Medicina, UBA
Farmacoterapeuta DBT, Fundación FORO*

Introducción

Existe una relación bien documentada entre el comportamiento suicida (ideación, planificación, intento de suicidio y suicidio consumado) y el consumo problemático de sustancias (CPS) (1, 2). Por otra parte, estudios de autopsia psicológica encontraron una relación entre los intentos de suicidio o suicidio consumado y otros trastornos psiquiátricos en el 90% de los casos (1, 3), siendo la depresión el trastorno psiquiátrico más frecuentemente asociado (4).

La relación entre conducta suicida y el CPS en los trastornos psiquiátricos se da frecuentemente a modo de comorbilidad (5). En vista de este fenómeno, es posible preguntarse qué contribución relativa conlleva el CPS. Algunos estudios encontraron asociación positiva del impacto del CPS en el riesgo de suicidio de personas sin otros trastornos psiquiátricos (1). Por otro lado, una gran cantidad de estudios se centran en la búsqueda de factores de riesgo que incrementen la probabilidad de suicidio en poblaciones con distintos trastornos psiquiátricos; en estos, ha sido posible determinar un impacto significativo del CPS sobre la conducta suicida en pacientes con trastornos afectivos (6, 7, 8), esquizofrenia (9, 10) y trastorno límite de la personalidad (11).

En la Argentina, estudios epidemiológicos del Ministerio de Salud muestran que si bien la tasa de suicidio se mantiene estable, ha ocurrido una transformación en el perfil etario, con un incremento considerable de dicha tasa en la población de personas entre 15 y 34 años (12). En este grupo etario se han identificado parámetros vinculados al CPS como factores de riesgo para presentar ideación suicida (13).

Sabemos que la población de pacientes psiquiátricos internados presenta una alta severidad psicopatológica, evaluando la mayoría de los estudios la asociación de esta característica con intentos de suicidio, resultando escasas las publicaciones que analizan su correlación con el suicidio consumado. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), solo un 25% de los pacientes que intentan suicidarse hace contacto con un hospital público, lo que conlleva un riesgo de subregistro en los estudios efectuados (14); por otro lado, no está suficientemente demostrado que las poblaciones con intentos de suicidio y suicidio consumado sean comparables (14). Aun así, el antecedente de intentos de suicidio es el predictor más robusto de suicidio consumado (7, 15, 16).

Si bien existen estudios internacionales que vinculan el CPS a un aumento del riesgo de intentos de suicidio en la población de pacientes internados con trastornos psiquiátricos (4, 17, 18, 19), carecemos de estudios locales que evalúen esta asociación.

El objetivo de este trabajo es estudiar la asociación entre el CPS y el Historial de intentos de Suicidio (HS) en mujeres internadas en un Hospital Especializado en Salud Mental, así como la magnitud de esta asociación. El objetivo secundario es el análisis en los diferentes grupos etarios, con particular interés en menores de 35 años.

Materiales y métodos

Población y muestra

Para la realización del trabajo se utilizaron datos provenientes de una fuente secundaria correspondiente al

Resumen

En la Argentina, los antecedentes de publicaciones que analicen variables epidemiológicas y operativas del Sistema de Salud Mental son escasos. Numerosos estudios internacionales han encontrado la existencia de asociación entre abuso de sustancias y conducta suicida. Sin embargo, en nuestro conocimiento, carecemos de estudios locales que evalúen dicha asociación, particularmente en población de pacientes internadas. El objetivo de este trabajo es verificar esta asociación en una población de pacientes mujeres internadas en un Hospital Especializado en Salud Mental entre agosto de 2007 y julio de 2013 inclusive. Para esto se utilizó como fuente secundaria una base de datos proveniente del Servicio de Emergencia del Hospital Neuropsiquiátrico "Braulio A. Moyano" y se estudió la correlación entre el consumo problemático de sustancias, diferenciándolo entre alcohol y el resto de las mismas, y el historial de intentos de suicidio, segmentado a su vez según grupos etarios y según categorías diagnósticas. Estos resultados esperan posibilitar la generación de hipótesis que favorezcan la práctica y la planificación en los sistemas de salud en el medio local.

Palabras clave: Consumo problemático de sustancias - Internación - Conducta suicida.

PROBLEMATIC SUBSTANCE ABUSE AND HISTORY OF SUICIDAL BEHAVIOR IN FEMALE PATIENTS IN AN ACUTE MENTAL HEALTH SERVICE

Abstract

Current publications that analyze operational and epidemiologic variables in the Argentinian Mental Health System are scarce. Several international studies have found a correlation between substance abuse and suicidal behavior. However, to our knowledge, there are no local studies that verify this association, especially in hospitalized female patients. The aim of this study is to verify this association in a population of female patients hospitalized in a Mental Health Hospital between august 2007 and July 2013. The electronic database of the Emergency department of the "Braulio A. Moyano" Neuropsychiatric Hospital was used as secondary source. The correlation between problematic substance use and history of suicidal behavior was studied, according to the type of substance used, diagnosis and age of the sample. These results might allow the creation of hypotheses that may benefit the planning and clinical practice in mental health in the local area.

Key words: Substance abuse - Hospitalization - Suicidal behavior.

registro de pacientes mujeres internadas en el Servicio de Emergencia del Hospital Braulio A. Moyano entre agosto de 2007 y julio de 2013 inclusive (n=1184). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la institución.

La adición de los datos de las pacientes al registro se realizó al final de la internación, registrándose como datos relevantes para el estudio: motivo de internación, diagnóstico según DSM IV-TR (Eje I y II), antecedente de consumo problemático de alcohol, antecedente de consumo problemático de otras sustancias y antecedente de intentos de suicidio.

Diseño y variables

El trabajo posee un diseño analítico de corte transversal. Se definió como variable dependiente el HS definido como la presencia de uno de los siguientes: antecedente de intento de suicidio, antecedentes de internación por intento de suicidio o aparición de intento de suicidio durante la internación.

Las variables independientes del estudio fueron el CPS en general (cualquier tipo de sustancia), consumo problemático de alcohol (CPA) y consumo problemático de otras sustancias (consumo de todas aquellas sustancias excepto alcohol, p. ej.: marihuana, cocaína, entre otras); ambos grupos fueron excluyentes. Se consideró consumo problemático el consumo de una sustancia que presentó un patrón de abuso y/o conllevó a un deterioro en la funcionalidad o malestar clínico significativo.

Se consideraron como variables confundidoras los trastornos afectivos (trastorno bipolar, trastorno depresi-

vo mayor, trastorno depresivo NOS y trastorno distímico) y el trastorno límite de la personalidad (TLP). Su inclusión como variables confundidoras se debe a la presencia de conducta suicida dentro de los criterios diagnósticos de estas entidades (dato clínicamente significativo), y al haber sido encontradas como factores de riesgo de intento de suicidio en el análisis univariado previo (dato estadísticamente significativo). La esquizofrenia, por el contrario, no demostró ser un factor de riesgo de intento de suicidio en dicho análisis.

La muestra fue dividida en grupos etarios. Los puntos de corte fueron establecidos sobre la base de la literatura internacional (14, 20, 21, 22, 23).

Análisis estadístico

Para testear la asociación entre las distintas categorías de CPS e HS, se realizó un análisis univariado utilizando el método de Chi². A continuación se realizó una regresión logística multivariada para controlar los potenciales confundidores de relevancia clínica y evaluar si las asociaciones encontradas en el análisis univariado conservaban significación estadística. Este análisis se realizó en la totalidad de la muestra y en los 3 subgrupos etarios: menores de 35 años, 35-50 años y mayores de 50 años. Finalmente se realizó un análisis de Odds Ratio (OR) para estimar la magnitud de efecto de las asociaciones que mantuvieron significación estadística tras el análisis multivariado.

El análisis estadístico se realizó con el software IBM SPSS Statistics v20, considerando en todos los análisis un alfa de 0.95. En el Gráfico 1 se encuentra una representación del análisis realizado.

Gráfico 1. Diagrama de flujo del análisis estadístico.

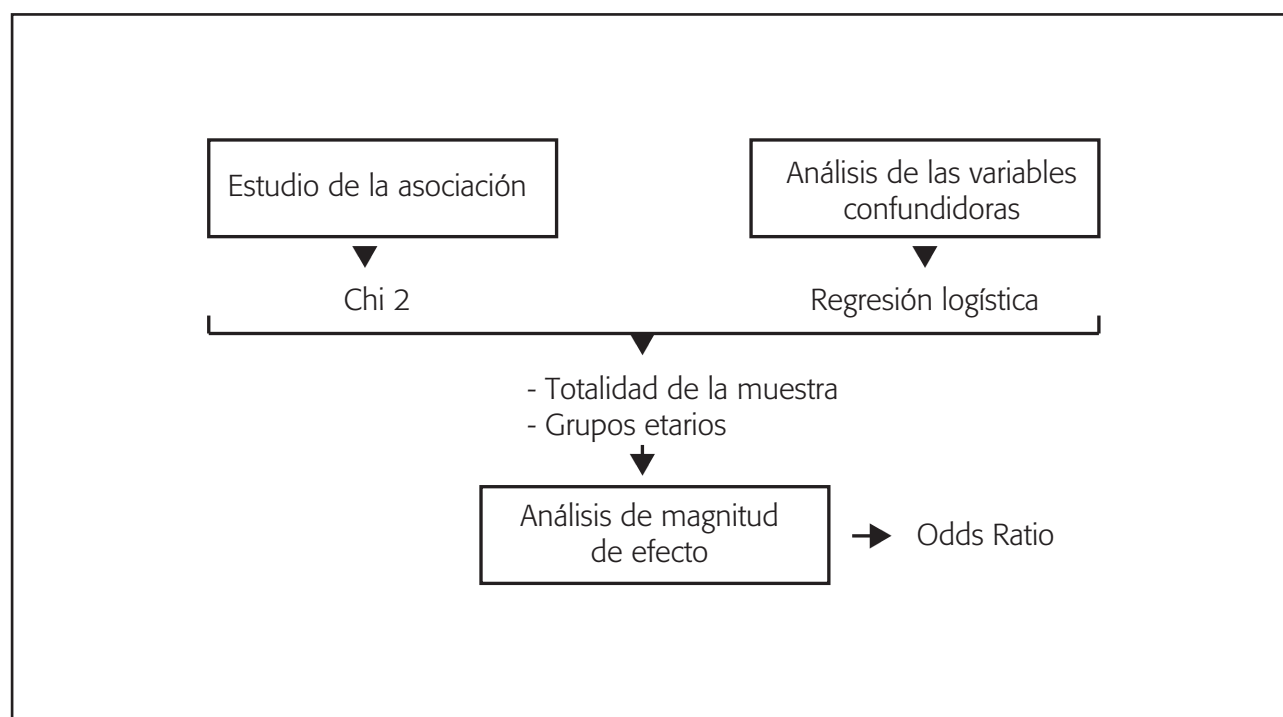


Tabla 1. Características clínicas y demográficas del total de las pacientes incluidas en el estudio (n=1184).

Edad media	35.98
Antecedentes de historial suicida, n (%)	329 (27.79)
Antecedentes de CPS en general, n (%)	107 (9.04)
Antecedente de alcoholismo, n (%)	49 (4.34)
Antecedente de otras sustancias, n (%)	77 (6.83)
Trastornos afectivos, n (%)	184 (15.54)
Trastornos psicóticos, n (%)	436 (36.82)
Trastorno límite de la personalidad, n (%)	198 (16.72)
Trastorno de personalidad no especificado + Trastorno adaptativo	366 (30.92)

Tabla 2. Asociación entre CPS e HS en la totalidad de la muestra y análisis de subgrupos.

Totalidad de la muestra (n=1184)		
	Correlación con HS ¹	Regresión logística ²
CPS en general	<i>10.423</i>	<i>p 0.04</i>
Alcoholismo	<i>9.868</i>	<i>p 0.03</i>
Otras sustancias	<i>3.914</i>	<i>p 0.33</i>
Menores de 35 años (n=595)		
	Correlación con HS ¹	Regresión logística ²
CPS en general	<i>7.592</i>	<i>p 0.049</i>
Alcoholismo	<i>5.682</i>	<i>p 0.096</i>
Otras sustancias	<i>2.672</i>	<i>p 0.258</i>
Entre 35-50 años (n=411)		
	Correlación con HS ¹	Regresión logística ²
CPS en general	<i>3.889</i>	<i>p 0.24</i>
Alcoholismo	<i>4.958</i>	<i>p 0.15</i>
Otras sustancias	<i>2.149</i>	<i>p 0.51</i>
Mayores de 50 años (n=159)		
Ningún elemento mostró ser estadísticamente significativo		

¹ Se considera estadísticamente significativo un valor de chi² observable mayor a 3.841 definido con un alfa de 0.95. *Itálica* = significativo,

² Se considera estadísticamente significativo una $p < 0.05$ tras regresión logística binaria. *Itálica* = significativo.

Tabla 3. Odds Ratio e IC de las asociaciones significativas.

Totalidad de la muestra (n=1184)		
	OR	IC (95%)
CPS en general	1.94	1.29-2.92
Alcoholismo	2.45	1.38-4.36
Menores de 35 años (n=595)		
	OR	IC (95%)
CPS en general	2.20	1.24-3.91

Resultados

En la Tabla 1 se muestran las características clínico-demográficas de la muestra. Tras el análisis comparativo univariado, el HS se asoció con CPS en general y con el consumo problemático de alcohol en la totalidad de la muestra, en el subgrupo menores de 35 años, y en el de 35-50 años. La asociación con otras sustancias se encontró únicamente en la totalidad de la muestra y no así en el análisis por subgrupos etarios (ver Tabla 2). Por otro lado, el CPS no se asoció al HS en el grupo de mayores de 50 años. Tras corregir con potenciales confundidores, la asociación con HS se mantuvo para CPS en general y CPA en la totalidad de la muestra, y para CPS en general en menores de 35 años. El OR e Intervalos de confianza (IC) de estas asociaciones pueden observarse en la Tabla 3.

En la regresión logística la presencia de TLP mostró asociarse con HS independientemente del consumo de sustancias en todos los grupos excepto en el de mayores de 50 ($p < 0.001$). Los trastornos afectivos presentaron dicha asociación en todos los grupos exceptuando menores de 35 ($p < 0.05$). Esquizofrenia y trastornos psicóticos relacionados no mostraron asociación.

Discusión y limitaciones

Este estudio evalúa la asociación del CPS con el HS en una población de alto grado de severidad psicopatológica de pacientes internadas en un servicio de agudos de un hospital especializado en Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires. La implicancia de este trabajo radica en la variabilidad regional de la asociación encontrada en estudios previos (24), reflejando la importancia tanto de efectuar esta clase de estudios en el medio local como de las características particulares que reviste el riesgo de suicidio en la población de pacientes internadas (18, 19, 24).

El resultado positivo en el análisis de riesgo es coincidente con un estudio previo que compara suicidio y abuso de sustancias en una población internada de mujeres, encontrando un riesgo relativo de 1.6 (IC 95%: 1.3-2.0) (18), similar al OR encontrado en nuestro estudio -1.94

(IC 95%: 1.29-2.92)-. Otro estudio previo en población general nórdica encuentra también una asociación entre alcoholismo e intentos de suicidio con un OR de 27,1 (IC 95%: 23.1-31.7) (2); en este caso superior al encontrado en nuestra población (OR 2.45). El mantenimiento de la significación estadística tras el control de confundidores subraya la posibilidad de estudiar el CPS como un objetivo específico y diferenciado de intervenciones durante la internación neuropsiquiátrica.

En nuestro trabajo, el CPS no se asoció al HS en el grupo de mayores de 50 años. Sin embargo, este resultado no permite sacar conclusiones sólidas, ya que luego de la estratificación según la edad de la población, sólo se encontraron 12 casos de CPS para este grupo etario (error de tipo II -muestra pequeña-).

La asociación entre TLP y el HS no fue significativa en la población de mayores de 50 años. Este resultado es sorpresivo, teniendo en cuenta que la conducta suicida es un criterio diagnóstico del TLP. Si bien el número de pacientes en este grupo etario fue escaso, una posible explicación radica en que en el seguimiento a 6, 10 y 16 años de los pacientes con diagnóstico de TLP, el 80% experimenta una mejoría de la expresión sintomatológica que se acentúa con el paso de los años, lo que se reflejaría en un menor registro de conductas suicidas (25, 26, 27, 28).

Por último, a diferencia de lo que ocurre en pacientes mayores de 35 años, no se evidenció asociación estadística significativa entre los trastornos afectivos y el historial suicida en menores de 35 años. Este inesperado resultado podría justificarse en el retraso existente en el diagnóstico de los trastornos afectivos y en el error en el diagnóstico diferencial con esquizofrenia, trastorno límite de la personalidad, trastorno de ansiedad y trastorno por abuso de sustancias (29, 30).

Dentro de las limitaciones del presente trabajo se encuentran las inherentes a un diseño de estudio de corte transversal. La utilización de una fuente de datos secundaria no nos ha permitido el análisis separado de las diferentes sustancias (cocaína, marihuana, entre otras) y su asociación con el HS. La muestra consiste en su totalidad de pacientes mujeres, por lo que el resultado

no es generalizable a la población masculina. Por otro lado, se utilizó como medida de desenlace (outcome) los intentos de suicidio y no el suicidio consumado. Al tratarse de un estudio en un hospital especializado, de referencia en patologías severas, los resultados no son generalizables a una población de menor complejidad psicopatológica o ambulatoria.

En nuestro estudio, el HS se asoció con CPS, particularmente con el CPA, en los subgrupos etarios de menor edad. Estudios internacionales identifican el alcoholismo como un factor de riesgo de conducta suicida en esta población (2, 31, 32) y el resultado es compatible con los escasos datos epidemiológicos de la Argentina (13, 14). Elevados niveles de impulsividad han sido propuestos como un posible mediador entre el CPS y el incremento

en el número de intentos de suicidio, en la población de adultos jóvenes (19, 33); sin embargo, esta variable no ha podido ser analizada en este estudio.

Conclusión

La presencia de consumo problemático de sustancias, particularmente en menores de 35 años, y el consumo problemático de alcohol, se asocian a un mayor riesgo de intentos de suicidio en pacientes internadas, independientemente del diagnóstico psiquiátrico. Se requieren nuevos estudios, de diseño prospectivo, que permitan evaluar más rigurosamente esta asociación, así como investigar factores mediadores e intervenciones clínicas posibles ■

Referencias bibliográficas

1. Borges G, Loera CR. Alcohol and drug use in suicidal behaviour. *Curr Opin Psychiatry* 2010; 3: 195-204.
2. Rossow I, Romelsjo A, Leifman H. Alcohol abuse and suicidal behaviour in young and middle age men: differentiating between attempted and completed suicide. *Addiction* 1999; 94 (8): 1119-207.
3. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 2003; 33: 395-405.
4. Hawton K, Saunders K, Topiwala A, Hawa C. Psychiatric disorders in patients presenting to hospital following self-harm: A systematic review. *J Affect Disord* 2013; 151: 821-30.
5. Shibre T, Hanlon C, Medhin G, Alem A, Kebede D, et al. Suicide and suicide attempts in people with severe mental disorders in Butajira, Ethiopia: 10 years follow-up of a population-based cohort. *BMC Psychiatry* 2014; 23: 14-5.
6. Foster T, Gillespie K, McClelland R. Mental disorders and suicide in Northern Ireland. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 447-52.

7. Hawton K, Casañas I, Comabella C, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *J Affect Disord* 2013; 147 (1-3): 17-28.
8. Carrà G, Bartoli F, Crocarno C, Brady KT, Clerici M. Attempted suicide in people with co-occurring bipolar and substance use disorders: systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2014; 167: 125-35.
9. Yoon YH, Chen CM, Yi HY, Moss HB. Effect of comorbid alcohol and drug use disorder on premature death among unipolar and bipolar disorder decedents in the United States, 1999 to 2006. *Compr Psychiatry* 2011; 52: 454-64.
10. Popovic D, Benabarre A, Crespo JM, Goikolea JM, González-Pinto A, Gutiérrez-Rojas L, et al. Risk factors for suicide in schizophrenia: systematic review and clinical recommendations. *Acta Psychiatr Scand* 2014; 130: 418-26.
11. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *Br J Psychiatry* 2005; 187 (1): 9-20.
12. McGirr A, Paris J, Lesage A, Renaud J, Turecki G. Risk factors for suicide completion in borderline personality disorder: A case-control study of cluster B comorbidity and impulsive aggression. *J Clin Psychiatry* 2007; 68 (5): 721-29.
13. Boletín de vigilancia de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo nro. 2: Perfil epidemiológico del suicidio en la Argentina, 1988-2008.
14. Ministerio de Salud de la Nación, 2007. Encuesta Mundial de Salud Escolar.
15. OMS 2002. La violencia autoinfligida. Informe mundial sobre la violencia y la salud, capítulo 7.
16. Giegling I, Olgiati P, Hartmann AM, Calati R, Möller HJ, Rujescu D, et al. Personality and attempted suicide. Analysis of anger, aggression and impulsivity. *J Psychiatr Res* 2009; 43: 1262-71.
17. Diekstra R, Garnefski N. On the Nature, Magnitude and Causality of Suicidal Behaviors: An International Perspective. *Suicide Life Threat Behav* 1995; 25 (1): 36-57.
18. Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62 (4): 427-32.
19. Evren C, Cinar O, Evren B, Celik S. History of suicide attempt in male substance-dependent in patients and relationship to borderline personality features, anger, hostility and aggression. *Psychiatry Res* 2011; 190: 126-31.
20. Conwell YI, Rotenberg M, Caine ED. Completed suicide at age 50 and over. *J Am Geriatr Soc* 1990 Jun; 38 (6): 640-4.
21. Conner KR, Conwell Y, Duberstein PR. The validity of proxy-based data in suicide research: a study of patients 50 years of age and older who attempted suicide. II. Life events, social support and suicidal behavior. *Acta Psychiatr Scand* 2001 Dec; 104 (6): 452-7.
22. Duberstein PR, Conwell Y, Conner KR, Eberly S, Caine ED. Suicide at 50 years of age and older: perceived physical illness, family discord and financial strain. *Psychol Med* 2004 Jan; 34 (1): 137-46.
23. Erlangsen A, Conwell Y. Age-related response to redeemed antidepressants measured by completed suicide in older adults: a nationwide cohort study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2014 Jan; 22 (1): 25-33.
24. Kawashima Y, Yonemoto N, Inagaki M, Yamada M. Prevalence of suicide attempters in emergency departments in Japan: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2014; 163: 33-9.
25. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR. The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2003 Feb; 160 (2): 274-83.
26. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2006 May; 163 (5): 827-32.
27. Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH, Shea MT, Morey LC, Grilo CM, et al. Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Arch Gen Psychiatry* 2011 Aug; 68 (8): 827-37.
28. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice GM. Fluidity of the subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. *Am J Psychiatry* 2016; appi-ajp.
29. Angst, J., Azorin, JM, Bowden, CL, Perugi, G., Vieta, E., Gamma, A., & BRIDGE Study Group. Prevalence and characteristics of undiagnosed bipolar disorders in patients with a major depressive episode: the BRIDGE study. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68 (8): 791-9.
30. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. *Lancet* 2016 Apr 9; 387 (10027): 1561-72.
31. Skog O, Texeira Z, Barrias J, Moreira R. Alcohol and suicide. The Portuguese experience. *Addiction* 1995; 90: 1053-61.
32. Sher. L. Alcohol consumption and suicide. *Q J Med* 2006; 99: 57-61.
33. Swahn MH, Bossarte RM. Gender, early alcohol use, and suicide ideation and attempts: findings from the 2005 youth risk behavior survey. *J Adolesc Health* 2007; 41: 175-81.

Fibromialgia y encefalomiелitis miálgica: la pista del oxígeno

Pablo Beretta

*Médico Especialista en Anatomía Patológica, Psiquiatría y Medicina Aeronáutica
Vicedirector de IPBI - Instituto de Psiquiatría Biológica Integral
E-mail: drberetta22@hotmail.com*

Resumen

En los últimos años se han descripto varias alteraciones de la oxigenación a nivel músculo-esquelético en pacientes con fibromialgia asociada o no a encefalomiелitis miálgica.

Estos pacientes además sufren de meteoro-sensibilidad, empeorando sus síntomas en climas con menor presión atmosférica (menor presión de oxígeno). También pueden responder satisfactoriamente al tratamiento en cámara hiperbárica (mayor presión de oxígeno) y a la administración de coenzima Q10 (mejor uso del oxígeno).

Habiendo revisado estos hallazgos, se postula el tratamiento con oxígeno a mayor concentración y presión para la mejoría de los síntomas de la fibromialgia asociada o no a encefalomiелitis miálgica.

Este artículo comunica tres casos de pacientes con fibromialgia asociada a encefalomiелitis miálgica que presentaron una reagudización grave de sus síntomas y que respondieron satisfactoriamente al tratamiento con oxígeno puro por tiempo limitado. La escasa cantidad de pacientes observados y la falta de metodología estadística no permiten llegar a conclusiones definitivas. No obstante, se puede considerar la indicación de oxígeno medicinal como una alternativa terapéutica para pacientes con episodios agudos cuando no responden a otras estrategias terapéuticas. También permite pensar en el diseño de un protocolo de tratamiento crónico con oxígeno para los pacientes con fibromialgia asociada o no a encefalomiелitis miálgica.

Palabras clave: Fibromialgia - Síndrome de fatiga crónica - Encefalomiелitis miálgica - Oxigenoterapia - Oxígeno.

FIBROMYALGIA AND MYALGIC ENCEPHALOMYELITIS: THE OXYGEN CLUE

Abstract

In recent years, different authors have described various musculoskeletal oxygenation alterations in patients with fibromyalgia with or without myalgic encephalomyelitis. These patients suffer from meteor-sensitivity worsening their symptoms in lower atmospheric pressure climates (decreased oxygen pressure). They also respond successfully to hyperbaric chamber treatment (increased oxygen pressure), and to coenzyme Q10 intake (improved use of oxygen).

Having reviewed these findings, oxygen therapy is postulated in higher concentration and pressures to relief the symptoms of fibromyalgia with or without myalgic encephalomyelitis.

This article also centralizes on three fibromyalgia and myalgic encephalomyelitis patients who had a severe exacerbation of their symptoms, but responded successfully to treatment with pure oxygen for a limited time.

The small number of patients treated and the lack of statistical methodology prevents us from arriving at definitive conclusions. However, medical oxygen could be considered a good alternative therapy to treat patients suffering acute episodes of their symptoms, when they do not respond to other therapeutic strategies. It also suggests the design of a future protocol of chronic oxygen therapy for patients with fibromyalgia with or without myalgic encephalomyelitis.

Keywords: Fibromyalgia - Chronic fatigue syndrome - Myalgic encephalomyelitis - Oxygen Therapy - Oxygen.

Fibromialgia y encefalomiелitis miálgica: la pista del oxígeno

La fibromialgia es una enfermedad de causa desconocida que afecta a entre 2% y 5% de la población general de diferentes países, y es 10 veces más frecuente en mujeres que en hombres (1). Se observa mayormente entre los 20 y los 50 años de edad, aunque existen casos de niños y ancianos que sufren esta enfermedad (2). Su clínica se caracteriza principalmente por dolores articulares y musculares, fatiga que no se recupera con el reposo, insomnio más comúnmente de fragmentación, y alteraciones cognitivas como fallas en la atención y concentración. Con gran frecuencia se presenta en asociación con el síndrome de intestino irritable, migrañas, alteraciones funcionales del sistema autónomo, cistitis intersticial, alteraciones menstruales, entre otros.

De evolución crónica, paulatinamente afecta todas las esferas de desempeño de la persona, incluyendo la laboral, social y familiar.

La fibromialgia fue bautizada hace varios años como "la enfermedad invisible", por la dificultad para encontrar marcadores biológicos patognomónicos que justifiquen su clínica compleja y desorientadora. Sin embargo, la fibromialgia es una enfermedad reconocida por todas las organizaciones médicas internacionales y por la OMS desde 1992. Se clasifica como una enfermedad reumática no articular con el código M79.7 de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) (3).

Cuando la fatiga es el síntoma predominante, puede tratarse de una encefalomiелitis miálgica (o síndrome de fatiga crónica) o bien de una asociación de ambas entidades.

La encefalomiелitis miálgica, enfermedad neurológica clasificada con el código G93.3 de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), es de prevalencia mucho menor que la fibromialgia, y se caracteriza principalmente por un marcado cansancio que no cede con el debido reposo, y comparte muchos otros síntomas con la fibromialgia.

Su etiología se relaciona con factores predisponentes genéticos (genotipo de la enzima COMT met/met) (4), y con factores desencadenantes como estrés psíquico, físico, químico o biológico.

Ambas enfermedades revelan con frecuencia diversas alteraciones de la neurotransmisión (vías serotoninérgicas y noradrenérgicas) (5), del sistema endócrino (cortisol basal y vespertino) (6) y del sistema inmunológico (desequilibrios de interleuquinas) (7), como así también con alteraciones específicas en el sueño (objetivables mediante polisomnografía) (8), entre otras.

En 1994, Yunus reunió varias enfermedades relacionadas y con características comunes, como su fisiopatología, bajo el nombre de síndrome de sensibilidad central. Entre ellas, la fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, síndrome de colon o intestino irritable, migrañas y cefaleas tensionales, síndrome de piernas inquietas, dismenorrea primaria, cistitis intersticial, síndrome de la articulación temporomandibular y síndrome de sensibilidad química múltiple (9).

Más tarde, estudios de resonancia magnética realizados en pacientes con este síndrome comprobaron que los dolores se expresan como estímulos de mayor intensidad con respecto a personas sanas en las áreas del cerebro responsables del dolor, como la corteza somatosensorial primaria y secundaria, la corteza prefrontal, el lóbulo parietal inferior, la corteza cingular anterior, la ínsula, los ganglios basales, el putamen y el cerebelo (10).

Los pacientes con fibromialgia y encefalomiелitis miálgica presentan parámetros normales de presión arterial de oxígeno en sangre y sus pruebas de ventilación pulmonar son normales, por lo cual inicialmente no se pensó en la posibilidad de que existiera una alteración en la oxigenación muscular como parte de su fisiopatología. Pero en los últimos años se han descripto en varios estudios alteraciones del metabolismo y de la oxigenación a nivel músculo-esquelético, que demuestran que el interior muscular no se comporta siempre de manera sistémica como se creía. Estos estudios también nos permiten repensar la fisiopatología de estas enfermedades y además plantear nuevas estrategias terapéuticas. En uno de estos estudios se evaluó el metabolismo muscular de pacientes con encefalomiелitis miálgica en estado de reposo, durante el ejercicio y posterior al ejercicio, mediante espectroscopía de resonancia magnética nuclear. Los autores encontraron que los pacientes alcanzan el agotamiento muscular, acompañado de mayor disminución de adenosintrifosfato intracelular o ATP, mucho antes que los sujetos sanos. Esto sugiere un defecto del metabolismo oxidativo muscular debido a una glucólisis acelerada (11).

Similares conclusiones se encuentran al estudiar de igual forma las fibras musculares de pacientes con fibromialgia, demostrando que sus músculos alcanzan el umbral anaeróbico bastante tiempo antes que los músculos de pacientes sanos (12).

En consonancia con los estudios anteriores, autores suecos observaron alteraciones de la microcirculación, daño mitocondrial y reducción de fosfatos en músculos de pacientes fibromiálgicos (13).

En la evaluación clínica de pacientes con fibromialgia se detectan puntos musculares de mayor dolor, inclusive que despiertan dolores en otras regiones, llamados puntos gatillo. Un estudio demostró en esos puntos gatillos musculares una marcada disminución de la oxigenación, refiriendo que los dolores y fatiga musculares se deberían a la insuficiente oxigenación muscular (14).

Quizás el trabajo publicado más concluyente sea aquel que determinó que los músculos de pacientes fibromiálgicos tienen una menor extracción de oxígeno durante el ejercicio respecto de sujetos sanos, objetivables mediante la fracción de extracción relativa de oxígeno (rOEF), y un tiempo de recuperación más prolongado en reposo, post ejercicio (15).

La información valiosa revelada en los estudios antes mencionados permitió pensar tratamientos orientados en mejorar la oxigenación muscular. Así es como se demostró la excelente respuesta terapéutica de los pacientes fibromiálgicos a la coenzima Q10 (16). La coenzima Q10, además de tener propiedades antioxidantes, recordemos

que cumple un papel importante como transportador de electrones en la membrana interna mitocondrial, mejorando el aprovechamiento del oxígeno celular.

Otro estudio con orientación terapéutica publicó la respuesta satisfactoria de pacientes fibromiálgicos en la cámara hiperbárica. Se protocolizó un tratamiento de 40 sesiones, 5 días a la semana, por 90 minutos cada vez, con oxígeno al 100% y a 2 atmósferas (17). La contraparte de este último hallazgo es que a los pacientes por lo general les resulta costosa y ansiógena la idea de permanecer en una cámara tubular por tanto tiempo, tan seguido.

Este último estudio coincide además con la gran meteorosensibilidad de estos pacientes observada en la práctica clínica. Los pacientes manifiestan empeoramiento sintomático en climas de baja presión atmosférica y mejoramiento en climas de presiones mayores, demostrando así la dependencia de los síntomas a las presiones de oxígeno inhaladas.

Durante el año 2015 tuve la oportunidad de evaluar a 3 pacientes con fibromialgia y encefalomielitis miálgica que presentaron reagudizaciones severas de su fatiga y sin responder satisfactoriamente a los tratamientos convencionales, incluso uno de ellos con dificultad para respirar. Fundamentado en los estudios mencionados y otros conocimientos, les indiqué la administración de oxígeno 100% por 30 minutos en forma inhalada, en guardia médica, sabiendo que de no resultar positiva esta indicación, la opción obligada sería la internación clíni-

ca, donde seguramente les administrarían oxígeno también. La respuesta muy satisfactoria de los pacientes, que salieron de su cuadro agudo grave, y que recuperaron su funcionalidad, les permitió retomar su evolución crónica con la habitual respuesta satisfactoria farmacológica.

El resultado positivo de estas experiencias no solo demuestra una alternativa terapéutica efectiva para los pacientes, sino que avala todos los estudios anteriores que detectaron la deficiente oxigenación muscular y, en consecuencia, la alteración metabólica muscular.

La escasa cantidad de pacientes evaluados y la falta de metodología estadística no permiten hacer conclusiones definitivas. No obstante, se puede considerar la indicación de oxígeno medicinal como una alternativa terapéutica para pacientes con episodios agudos cuando no responden a otras estrategias terapéuticas. También permite pensar en el diseño de un protocolo de tratamiento crónico con oxígeno para los pacientes con fibromialgia asociada o no a encefalomielitis miálgica.

Aclaración de conflicto de intereses

El autor no declara conflicto de intereses.

Consentimiento informado

Los pacientes participantes han sido informados de las características y objetivos del tratamiento y han otorgado el consentimiento para su inclusión en el mismo ■

Referencias bibliográficas

1. Busse J, Ebrahim S, Connell G, Coomes E, Bruno P, Malik K, et al. Systematic review and network meta-analysis of interventions for fibromyalgia: a protocol. *Syst Rev* 2013 Mar 13; 2: 18.
2. Torres L, Julián E. Medicina del dolor. 6ta edición. España: Elsevier; 1997. p. 231.
3. Belenguer R, Ramos-Casals M, Siso A, Rivera J. Classification of fibromyalgia. A systematic review of the literature. *Reumatol Clin* 2009 Mar-Apr; 5 (2): 55-62.
4. Desmeules J, Chabert J, Rebsamen M, Rapiti E, Piguet V, Beson M, et al. Central pain sensitization, COMT Val158Met polymorphism, and emotional factors in fibromyalgia. *J Pain* 2014 Feb; 15 (2): 129-35.
5. Häuser W, Urrutia G, Tort S, Uçeyler N, Walitt B. Serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors (SNRIs) for fibromyalgia syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2013 Jan 31; 1.

6. Romano GF, Tomassi S, Russell A, Mondelli V, Pariante CM. Fibromyalgia and chronic fatigue: the underlying biology and related theoretical issues. *Adv Psychosom Med* 2015; 34: 61-77.
7. Fatima G, Das SK, Verma NS, Mahdi AA. Evaluating relationship in cytokines level, fibromyalgia impact questionnaire and body mass index in women with fibromyalgia syndrome. *J Back Musculoskelet Rehabil* 2015.
8. Rosenfeld VW, Rutledge DN, Stern JM. Polysomnography with quantitative EEG in patients with and without fibromyalgia. *J Clin Neurophysiol* 2015 Apr; 32 (2): 164-70.
9. Yunus MB. The Concept of central sensitivity syndromes. En: Wallace DJ, Claw DJ, editors. *Fibromyalgia and other central pain syndromes*. USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 29-44.
10. Gracely RH, Petzke F, Wolf JM, Clauw DJ. Functional magnetic resonance imaging evidence of augmented pain processing in fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2002; 46 (5): 1333-43.
11. Wong R, Lopaschuk G, Zhu G, Walker D, Catellier D, Burton D, et al. Skeletal muscle metabolism in the chronic fatigue syndrome. In vivo assessment by ³¹P nuclear magnetic resonance spectroscopy. *Chest* 1992 Dec; 102 (6): 1716-22.
12. Lund E, Kendall SA, Janerot-Sjöberg B, Bengtsson A. Muscle metabolism in fibromyalgia studied by P-31 magnetic resonance spectroscopy during aerobic and anaerobic exercise. *Scand J Rheumatol* 2003; 32 (3): 138-45.
13. Bengtsson A, Henriksson KG. The muscle in fibromyalgia: a review of Swedish studies. *J Rheumatol Suppl* 1989 Nov; 19: 144-9.
14. Lund N, Bengtsson A, Thorborg P. Muscle tissue oxygen pressure in primary fibromyalgia. *Scand J Rheumatol* 1986; 15 (2): 165-73.
15. Shang Y, Gurley K, Symons B, Long D, Srikuea R, Crofford LJ, et al. Noninvasive optical characterization of muscle blood flow, oxygenation, and metabolism in women with fibromyalgia. *Arthritis Res Ther* 2012; 14 (6).
16. Alcocer-Gómez E, Cano-García FJ, Cordero MD. Effect of coenzyme Q10 evaluated by 1990 and 2010 ACR diagnostic criteria for fibromyalgia and SCL-90-R: four case reports and literature review. *Nutrition* 2013 Nov-Dec; 29 (11-12): 1422-5.
17. Efrati S, Golan H, Bechor Y, Faran Y, Daphna-Tekoah S, Sekler G. Hyperbaric oxygen therapy can diminish fibromyalgia syndrome-prospective clinical trial. *PLoS One* 2015 May 26; 10 (5): e0127012.

Tabaquismo entre estudiantes de Medicina de un Instituto Universitario de Buenos Aires: estudio de corte transversal

Lucas E. Gonzalez*

*Médico
Hospital de Emergencias Psiquiátricas "Torcuato de Alvear"*

Nicolás A. Lescano*

*Médico
Hospital General de Agudos "Dr. Enrique Tornú"*

Sergio A. Terrasa

*Médico
Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires
Departamento de Investigación, Hospital Italiano de Buenos Aires
Departamento de Salud Pública, Instituto Universitario del Hospital Italiano*

María Victoria Salgado

*Médica
Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires
mariavictoria.salgado@gmail.com*

* Estos autores contribuyeron igualmente a este trabajo.

Introducción

El tabaquismo es una adicción de alta prevalencia y, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el consumo de tabaco es la principal causa de muerte prevenible a nivel mundial, produciendo aproximadamente seis millones de muertes por año (1). En este contexto, los médicos no sólo se encuentran al frente de muchas de las estrategias anti-tabáquicas por el acceso que tienen a sus pacientes, sino que son considerados modelos a seguir (2). Se ha visto que la disminución del consumo de tabaco entre los médicos suele ser seguida por una tendencia en el mismo sentido en la población general (3). Asimismo, la opinión de los médicos sobre el tabaquismo se ve influenciada por su propio consumo (4), afectando su capacidad de brindar consejo anti-tabáquico (5,6,7).

En Argentina, la prevalencia de tabaquismo ha descendido en la última década, llegando a 22,1% en 2012 (8). Un estudio reciente evidencia que la prevalencia de tabaquismo entre médicos es del 19,7% (9).

Siendo los estudiantes de Medicina los futuros profesionales de la salud, conocer sus características de consumo de tabaco reviste importancia con el fin de concebir y planear intervenciones anti-tabáquicas sobre esta población, para así potenciar las políticas de cesación.

Diversos estudios locales evidencian que la prevalencia de tabaquismo entre los estudiantes de Medicina es similar a la de la población general (10,11,12). Sin embargo, ninguno de estos estudios incluyó a los estudiantes del Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires (IUHI), uno de los centros asistenciales más importantes del país. El objetivo del presente trabajo es reportar la prevalencia de tabaquismo y los conocimientos y las actitudes hacia el consumo de tabaco en la población de estudiantes de Medicina de esta institución privada.

Métodos

Diseño, lugar y muestra

Estudio observacional de corte transversal. Durante 2011 se invitó a participar a todos los estudiantes de Medicina del IUHI que hubieran aprobado al menos una materia de su carrera de grado durante los 12 meses previos. El reclutamiento se realizó al finalizar la primer clase de la mañana en cada año. Los participantes que estuvieron ausentes ese día fueron luego contactados individualmente durante los días sucesivos en el mismo horario de cursada.

El protocolo fue previamente aprobado por el Comité de Ética del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA).

Resumen

Introducción: Argentina tiene una tasa de tabaquismo en adultos del 22,1%. Estudios previos han mostrado que los estudiantes de Medicina fuman al mismo nivel que la población general. El estatus tabáquico de los médicos afecta su capacidad para brindar consejo anti-tabáquico.

Métodos: Estudio observacional de corte transversal. En 2011 se administró una encuesta a los estudiantes de Medicina del Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires preguntando sobre características demográficas, características de consumo de tabaco, y conocimiento y actitudes hacia el tabaquismo.

Resultados: Se entrevistaron 217 estudiantes (tasa de respuesta: 97,7%). De ellos, 58,1% concurrían al ciclo inicial de la carrera y 41,9%, al ciclo final; 63 (29%) eran fumadores actuales. Menos fumadores actuales estuvieron de acuerdo con la prohibición de fumar en espacios cerrados tales como restaurantes, bares y escuelas (88,9% vs 97,4%, $P=0,034$). El 68,7% de los encuestados (98,9% entre los alumnos avanzados) afirmó haber recibido instrucción sobre cesación tabáquica. Sin embargo, 41,5% no reconoció la utilidad de la terapia de reemplazo nicotínico para dejar de fumar, y sólo el 11,1% refirió conocer el Programa de Intervención Breve Anti-tabáquica. El 60,4% manifestó querer recibir mayor información sobre tabaquismo.

Conclusión: Los estudiantes de Medicina del Hospital Italiano fuman al mismo nivel que la población general. Si bien la mayoría recibe información sobre estrategias de cesación a lo largo de la carrera, la misma parecería ser insuficiente.

Palabras clave: Tabaquismo - Estudiantes de Medicina - Argentina - Conocimientos y actitudes

SMOKING RATES AMONG STUDENTS OF MEDICINE AT A UNIVERSITY INSTITUTE IN BUENOS AIRES: CROSS SECTION-STUDY

Abstract

Introduction: Argentina has a smoking rate among adults of 22.1%; previous research has shown medical students smoke at the same rate than the general population. Physicians' smoking status affects their ability to provide anti-smoking advice.

Methods: Observational cross-sectional study. In 2011 a survey was administered to medical students at Hospital Italiano de Buenos Aires School of Medicine asking about demographic and tobacco use characteristics, and knowledge and attitudes toward smoking.

Results: 217 students were interviewed (response rate: 97.7%). Of these, 58.1% were in the school's initial years, and 41.9% in the latest ones; 63 (29%) were current smokers. Current smokers were less likely to agree with a smoking ban in enclosed spaces such as restaurants, bars and schools (88.9% vs 97.4%, $P=0.034$); 68.7% of respondents referred having received training on smoking cessation (98.9% among advanced students). However, 41.5% did not acknowledge the utility of nicotinic replacement therapy for smoking cessation, and only 11.1% knew about anti-smoking brief interventions. 60.4% wanted to receive more information about smoking.

Conclusion: Medical students at the Hospital Italiano smoke at the same rate than the general population. Although most have received some information on cessation strategies, it is insufficient.

Key words: Smoking - Medical students - Argentina - Knowledge and attitudes

Toda la información recolectada fue tratada en forma anónima y confidencial, y se mantuvo accesible únicamente a miembros del equipo de investigación.

Instrumento

La encuesta utilizada se obtuvo del estudio FUMAR, que evaluó las características de uso de tabaco entre estudiantes de Medicina de 12 universidades de Argentina (ninguna de ellas el IUHI) durante el período 2003-2004 (12).

Luego de ser informados de los objetivos del estudio y de brindar consentimiento, cada participante aportó información sobre sus datos demográficos, el ciclo de la carrera que estaba cursando (ciclo biomédico o inicial, y ciclo clínico o final), su estatus tabáquico y dependencia nicotínica (evaluada a través del Heaviness of Smoking Index o Test de Fagerström Acortado) (13,14,15). Además se preguntó sobre la instrucción en tabaquismo recibida en la carrera y sobre las actitudes hacia el consumo de tabaco, utilizando una escala de Likert de 5 puntos, así como preguntas de opción múltiple.

Estatus tabáquico

Se consideró "fumador" actual a aquella persona que respondió fumar al momento de la encuesta y haber consumido al menos 100 cigarrillos en toda su vida. Los fumadores actuales, a su vez, se dividieron en "fumadores diarios" y "fumadores ocasionales" (según fumaran al menos un cigarrillo por día todos los días o no).

Se consideró como "no fumador" a aquellos participantes que respondieron no fumar al momento de la encuesta y/o que fumaron menos de 100 cigarrillos en toda su vida. Éstos se dividieron en "ex fumadores" (aquellos que fumaron al menos 100 cigarrillos en su vida) y "nunca fumadores" (aquellos que reportaron nunca haber fumado, o haber fumado menos de 100 cigarrillos en la vida).

Los fumadores actuales fueron a su vez divididos según las etapas de motivación para dejar de fumar: preparación (aquellos que contestaron estar planeando dejar de fumar en los siguientes 30 días), contemplativa (pensaban dejar de fumar en los siguientes 6 meses), o precontemplativa (no contemplaban la posibilidad de dejar de fumar) (16).

Medición de monóxido de carbono espirado

Se midió el monóxido de carbono espirado (COesp) como método alternativo para evaluar el porcentaje de fumadores diarios, utilizando el monitor de CO Smokelyzer piCO de Bedfont. Se analizaron distintos puntos de corte (igual o mayor a 6, 8 y 10 ppm) para correlacionar esta medición con la prevalencia reportada de consumo diario de tabaco (17).

Análisis estadístico

El análisis descriptivo de variables categóricas se realizó a través del test de Chi-cuadrado, utilizando el programa IBM SPSS Statistics, versión 20.

Se definió la significancia estadística con un alfa = 0,05 ($p < 0,05$).

Resultados

Al momento de realizar el estudio, 222 alumnos cumplían con los criterios de inclusión. De ellos, 170 fueron contactados inicialmente en la Facultad de Medicina. De los 52 restantes, 47 lograron ser contactados en forma individual. La muestra final contó entonces con 217 alumnos (97,7%). Sus características principales se resumen en la Tabla 1.

La Tabla 2 presenta las características de consumo de los fumadores actuales:

Tabla 1. Características demográficas y estatus tabáquico de 217 estudiantes de medicina por género y ciclo de la carrera, Buenos Aires, 2011.

	Mujeres N (%) (n=121)	Hombres N (%) (n=96)	Ciclo Biomédico N (%) (n=126)	Ciclo Clínico N (%) (n=91)	Total N (%) (n=217)
Edad (mediana, rango intercuartilo)	22 (20-23)	23 (21-24)	20 (19-22)	23 (22-25)	22 (20-24)
Fumador actual	31 (25,6)	32 (33,3)	39 (31,0)	24 (26,4)	63 (29,0)
Fumador diario	19 (15,7)	18 (18,8)	26 (20,6)	11 (12,1)	37 (17,1)
Ex fumador	17 (14,0)	10 (10,4)	10 (7,9) (**)	17 (18,7) (**)	27 (12,4)
Nunca fumador	73 (60,3)	54 (56,3)	77 (61,1)	50 (54,9)	127 (58,5)
(**) $p < 0,05$					

Tabla 2. Características de consumo de 63 fumadores actuales por ciclo de la carrera, Buenos Aires, 2011.

		Biomédico (n = 39)	Clínico (n = 24)	Total (n = 63)
Edad de comienzo (media, DE)		16,69 (2,2)	16,13 (2,0)	16,48 (2,1)
Años de fumador (media, DE)		3,52 (3,1)	5,41 (3,2)	4,26 (3,2)
Etapas de cambio (N, %)	Pre-contemplativa	21 (53,8)	11 (45,8)	32 (50,8)
	Contemplativa	10 (25,6)	11 (45,8)	21 (33,3)
	De acción	8 (20,5)	2 (8,3)	10 (15,9)
DE: desvío estándar				

100% de los participantes tuvieron baja dependencia nicotínica; sólo el 32,4% de los fumadores diarios refirió comenzar a fumar antes de la primera hora.

Los fumadores reportaron una media de consumo diario de 10,2 cigarrillos (DE: 6,67).

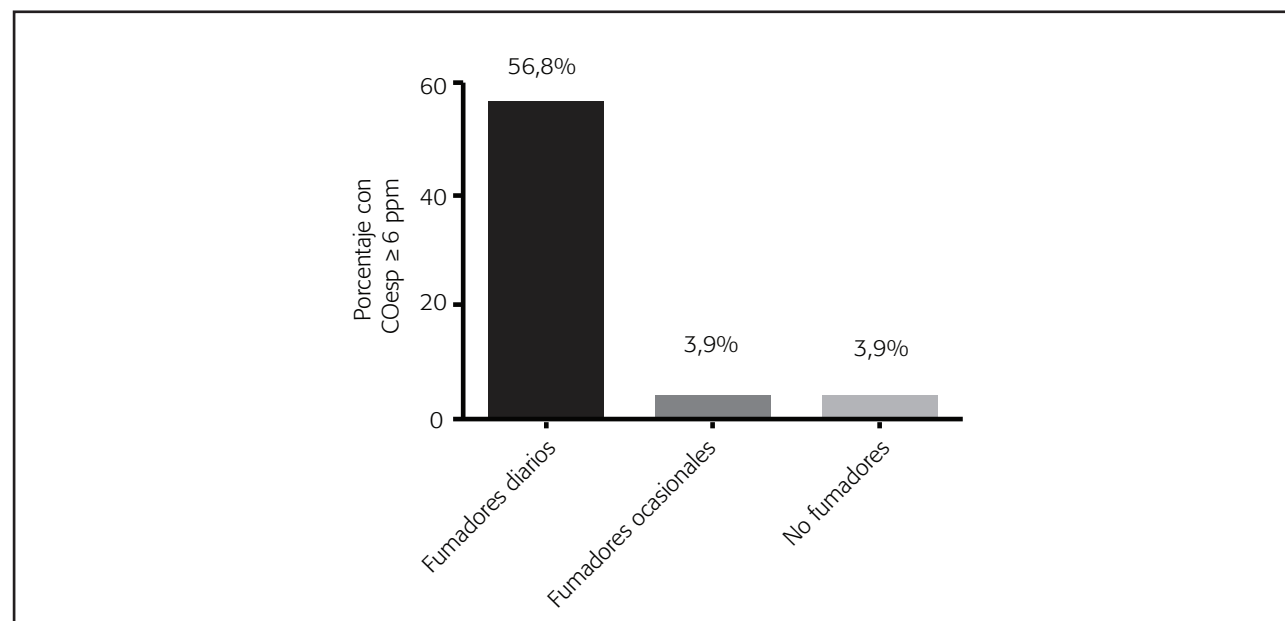
CO_{esp}

La medición de CO_{esp} pudo realizarse satisfactoriamente en 211 (97,2%) de los estudiantes; mientras que 6 de los encuestados se negaron a realizarla.

La mejor correlación se observó al tomar un valor de corte de 6 ppm, el cual evidenció una prevalencia de fumadores diarios de 12,9%, comparado con el 17,1% reportado en las encuestas. Tomando como punto de corte 8 ppm, la prevalencia fue 10,6%, y tomando 10 ppm, 7,8%.

La Figura 1 presenta el porcentaje de fumadores diarios, fumadores ocasionales y no fumadores que presentó un nivel de CO_{esp} igual o mayor a 6 ppm.

Figura 1. Porcentaje de participantes con ≥ 6 partículas por millón de monóxido de carbono espirado, según estatus de fumador.



Actitudes y nivel de instrucción

Los participantes fueron encuestados respecto a sus actitudes hacia el tabaquismo y hacia los pacientes fuma-

dores. La tabla 3 muestra el porcentaje de estudiantes que estuvo de acuerdo con las afirmaciones presentadas.

Adicionalmente, el porcentaje de participantes que no estuvo de acuerdo ni en desacuerdo varió entre 31,8%

Tabla 3. Actitudes hacia el tabaquismo; grado de acuerdo con afirmaciones entre 217 estudiantes de Medicina, Buenos Aires, 2011.

	Fumadores N (%)	No fumadores N (%)	Total N (%)	P valor
De acuerdo con la afirmación				
Debe estar prohibido fumar en lugares públicos cerrados como restaurantes, bares y escuelas	56 (88,9)	150 (97,4)	206 (94,9)	0,034
Debe prohibirse fumar en todas las áreas de los hospitales y en lugares relacionados con la salud	62 (98,4)	154 (100)	216 (99,5)	0,117
Dejar de fumar es una medida efectiva de prevención aun luego de fumar muchos años	57 (90,5)	145 (94,2)	202 (93,1)	0,490
Todo médico debe aconsejar a sus pacientes que no fumen	60 (95,2)	152 (98,7)	212 (97,7)	0,102
Todo paciente debe ser interrogado sobre el consumo de tabaco	59 (95,2)	148 (96,7)	207 (96,3)	0,634
Algunos pacientes dejarán de fumar por el solo consejo de su médico	35 (55,6)	73 (47,7)	108 (50,0)	0,280
Sería irresponsable no informar a los pacientes sobre el riesgo de fumar	61 (96,8)	142 (92,8)	203 (94,0)	0,527
Los tratamientos de reemplazo con nicotina son útiles para dejar de fumar	33 (52,4)	94 (61,0)	127 (58,5)	0,274
Las respuestas fueron agrupadas en las siguientes categorías: "de acuerdo" ("de acuerdo" + "totalmente de acuerdo"), "ni de acuerdo ni en desacuerdo", y "en desacuerdo" ("en desacuerdo" + "totalmente en desacuerdo")				

(n=69) en la afirmación "Los tratamientos de reemplazo con nicotina son útiles para dejar de fumar", 21,7% (n=47) en la afirmación "Algunos pacientes dejarán de fumar por el solo consejo de su médico", mientras que en el resto de los casos este porcentaje fue menor al 5%.

149 estudiantes (68,7%) respondieron haber recibido información sobre tabaquismo en la carrera: 59 (46,8%) en el ciclo biomédico y 90 en el clínico (98,9%) ($p < 0,01$). Sin embargo, sólo 24 (11,1%) refirieron conocer el plan de Intervención Breve Anti-Tabáquica (5 A's): 1 (0,8%) en el ciclo biomédico y 23 (25,3%) en el ciclo clínico ($p < 0,01$). 131 (60,4%) estudiantes contestaron que deseaban recibir más información sobre control de tabaco.

La gran mayoría de los estudiantes (192, 88,5%) manifestó conocer la restricción al uso de tabaco existente en la Universidad, y 59 fumadores (93,7% de los fumadores actuales) refirió cumplir con la misma.

Discusión

El presente estudio evalúa las características de consumo de tabaco, los conocimientos y las actitudes con respecto al tabaco y a las personas que fuman entre los estudiantes de Medicina del IUHI, uno de los principales centros asistenciales del país. La prevalencia de tabaquismo hallada (29%) es cuando menos similar a la de la población general, en concordancia con lo reportado en estudios realizados en otras facultades de Medicina del país (10,11,12).

Asimismo, la prevalencia de fumadores tiende a disminuir en el ciclo superior de la carrera, a la par que aumenta la de ex fumadores. Si bien el diseño transversal del estudio no nos permite establecer causalidad, este hallazgo podría sugerir una asociación entre el avance en la carrera y la tasa de cesación tabáquica de los estudiantes.

Al evaluar los conocimientos y la actitud antitabaco, si bien la mayoría de los participantes estuvo de acuerdo

con la prohibición de fumar en lugares públicos, menos fumadores actuales acordaron con que debería estar prohibido en lugares tales como restaurantes, bares y escuelas; no se hallaron diferencias significativas en el resto de los casos. Asimismo, el 68,7% de los encuestados, y el 98,9% de los alumnos avanzados, afirmó haber recibido instrucción sobre cesación tabáquica. Sin embargo, el 41,5% no reconoció la utilidad de la terapia de reemplazo nicotínico para dejar de fumar, y sólo el 11,1% refirió conocer el Programa de Intervención Breve Anti-tabáquica; el 60,4% manifestó querer recibir mayor información sobre control del tabaco. Estos hallazgos parecen estar indicando que si bien la inmensa mayoría de los estudiantes de Medicina del IUHI reciben cierta información sobre cesación a lo largo de la carrera, la misma parece no ser suficiente.

Llamativamente, la prevalencia de fumadores diarios detectada por el marcador biológico del monóxido de carbono espirado (CO_{esp}) ha resultado ser inferior a la reportada en las encuestas. Sin embargo, teniendo en cuenta que el 67,6% de los fumadores diarios reportó no consumir tabaco dentro de la primera hora luego de levantarse, el medidor de CO_{esp} pudo no haber identificado adecuadamente a fumadores diarios cuya medición fue realizada en las primeras horas de la mañana.

Nuestro estudio cuenta con algunas limitaciones. El sitio de implementación de la encuesta (universidad de un centro asistencial privado) y la escasa cantidad de estudiantes encuestados (217) limitarían la generalización de los resultados. Sin embargo, considerando que estos estudiantes representan más del 90% de los cursantes de la institución en cuestión, y que la prevalencia de tabaquismo hallada fue similar a la encontrada en otras universidades, puede en principio suponerse que los resultados serán semejantes en otras facultades de la zona metropolitana de Buenos Aires.

Asimismo, el hecho de que no haya sido el objetivo de este estudio el determinar la relación entre estatus tabáquico, formación y grado de avance en la carrera limita nuestra posibilidad de evaluar el potencial impacto favorable de la instrucción recibida sobre las tasas finales de consumo de tabaco y el futuro comportamiento de los estudiantes como profesionales de la salud.

Por último, el mismo diseño del estudio (corte transversal) limita las inferencias a realizar y restringe la posibilidad de establecer relaciones de causalidad.

La alta prevalencia de tabaquismo hallada consistentemente entre los futuros médicos, población en la que se ha descrito que el estatus tabáquico afecta el consejo anti-tabáquico, sugiere la necesidad de que las instituciones formadoras implementen medidas concretas para disminuir el consumo de tabaco en esta población, tales como la facilitación de tratamientos de cesación para los fumadores durante sus estudios de grado. Estas medidas probablemente deberían incorporarse desde el primer momento posible de su formación, acompañadas de un seguimiento de los indicadores de tabaquismo en los alumnos que permita evaluar la utilidad de las intervenciones y medidas implementadas.

Agradecimientos

Al Grupo Anti Tabaco del Hospital Italiano de Buenos Aires (GRANTAHI) y a los Dres. Remo Agustín Carotta, Agustín Vila y Napoleão Claro de Oliveira Filho.

Declaración de conflictos de intereses

Los autores no presentan conflictos de interés ■

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2013 [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2015. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/global_report/2013/en/
2. World Health Organization. Code of practice on tobacco control for health professional organizations [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2015. Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/wntd/2005/codeofpractice/en/>
3. Dawley HH, Carrol SF, Morrison JE. The discouragement of smoking in a hospital setting: the importance of modeled behavior. *Int. J Addict* 1981; 16(5):905-10.
4. Polyzos A, Gennatas C, Veslemes M, Daskalopoulou E, Stamatidis D, Katsilambros N. The smoking cessation promo-

- tion practices of physician smokers in Greece. *J Cancer Educ* 1995; 10(2):78-81.
5. Wilson PA. Effectiveness of anti-smoking advice from doctors who smoke. *J R Coll Gen Pract* 1989; 39(326):388.
 6. Lam TH, Jiang C, Chan YF, Chan SS. Smoking cessation intervention practices in Chinese physicians: do gender and smoking status matter? *Health Soc Care Community* 2011; 19(2):126-37.
 7. Meshfedjian GA, Gervais A, Tremblay M, Villeneuve D, O'Loughlin J. Physician smoking status may influence cessation counseling practices. *Can J Public Health* 2010; 101(4):290-3.
 8. Ministerio de Salud; Organización Mundial de la Salud; Instituto Nacional de Estadística y Censo; CDC Foundation. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos - Argentina 2012 [Internet]. Ministerio de Salud; 2013. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2013-09_encuesta-tabaquismo-adultos-25-junio.pdf
 9. Zylbersztejn HM, Masson WM, Lobo LM, Manente DG, Garcia Aurelio MJ, Angel AA, et al. Tabaquismo en médicos de la República Argentina II. Estudio TAMARA II. *Rev Argent Cardiol* 2015;83:222-231.
 10. Salgado MV, Mejia R, Kaplan CP, Pérez-Stable EJ. Smoking behavior and use of tobacco industry sponsored websites among medical students and young physicians in Argentina. *J Med Internet Res* 2014; 16(2):e35.
 11. Warren CW, Jones NR, Chauvin J, Peruga A; GTSS Collaborative Group. Tobacco use and cessation counselling: cross-country. Data from the Global Health Professions Student Survey (GHPSS), 2005-7. *Tob Control* 2008; 17(4):238-47.
 12. Zabert GE, Verra F, Kevorkof G, Lungo B, Rojas R, Alchapar R, et al. Estudio F.U.M.Ar (Fumar en Universitarios de Medicina en Argentina): Informe final [Internet]. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud; 2004. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000020cnt-pa-per-fumar-2004v4-CAEM_2005.pdf.
 13. Kozlowski LT, Porter CQ, Orleans CT, Pope MA, Heatherton T. Predicting smoking cessation with self-reported measures of nicotine dependence: FTQ, FTND, and HIS. *Drug Alcohol Depend* 1994; 34(3):211-6.
 14. De León J, Díaz FJ, Becoña E, Gurpegui M, Jurado D, González-Pinto A. Exploring brief measures of nicotine dependence for epidemiological surveys. *Addict Behav* 2003; 28(8):1481-6.
 15. Pérez-Ríos M, Santiago-Pérez MI, Alonso B, Malvar A, Hervada X, De León J. Fagerstrom test for nicotine dependence vs heavy smoking index in a general population survey. *BMC Public Health* 2009; 9:493.
 16. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. Versión Breve 2014 [Internet]. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud; 2015. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000536cnt-2014-09_guia-tratamiento-adiccion-tabaco-2014.pdf
 17. Middleton ET, Morice AH. Breath Carbon Monoxide as an Indication of Smoking Habit. *Chest* 2000; 117(3):758-63.

Impacto de las alteraciones del reconocimiento facial emocional en la demencia tipo Alzheimer

Wanda Rubinstein

*Doctora en Psicología
Laboratorio de Deterioro Cognitivo, Servicio de Neurología del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) Eva Perón, San Martín,
Provincia de Buenos Aires - CONICET
E-mail: wrubinstein@live.com*

Florencia Cossini

Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

Daniel Politis

*Médico Especialista en Neurología, Doctor en Medicina
E-mail: dpolitis@psi.uba.ar*

Resumen

El reconocimiento facial de emociones básicas es independiente de otros déficits en Demencia tipo Alzheimer. Dentro de los mismos hay desacuerdo sobre qué emociones presentan mayor dificultad para su reconocimiento.

El objetivo del presente trabajo fue estudiar la presencia de alteraciones en el proceso de reconocimiento facial de emociones básicas e investigar si existen diferencias en el reconocimiento de cada tipo de emoción en Demencia tipo Alzheimer.

Se evaluaron y se compararon con 3 pruebas de reconocimiento facial de emociones 29 pacientes con diagnóstico de Demencia tipo Alzheimer y 18 sujetos controles.

Se obtuvieron diferencias significativas en las pruebas de reconocimiento facial de emociones básicas y entre cada una de ellas, obteniendo un resultado patológico el grupo de DTA. Ambos grupos presentaron un mejor rendimiento en la tarea de Selección respecto a Apareamiento y Reconocimiento.

Considerando que la amígdala, una de las estructuras cerebrales responsables de la reacción emocional, está afectada en los primeros estadios de esta enfermedad, nuestros hallazgos cobran relevancia para comprender cómo impacta la alteración en el proceso de reconocimiento emocional en las dificultades que presentan estos pacientes, tanto en las relaciones interpersonales como en los trastornos conductuales.

Palabras clave: Demencia tipo Alzheimer - Reconocimiento emocional facial - Emociones básicas - Emociones negativas.

IMPACT OF FACIAL EMOTIONAL RECOGNITION ALTERATIONS IN DEMENTIA OF THE ALZHEIMER TYPE

Abstract

Face recognition of basic emotions is independent of other deficits in dementia of the Alzheimer type. Among these deficits, there is disagreement about what emotions are more difficult to recognize.

Our aim was to study the presence of alterations in the process of facial recognition of basic emotions, and to investigate if there were differences in the recognition of each type of emotion in Alzheimer's disease.

With three tests of recognition of basic facial emotions we evaluated 29 patients who had been diagnosed with dementia of the Alzheimer type and 18 control subjects.

Significant differences were obtained in tests of recognition of basic facial emotions and between each.

Since the amygdala, one of the brain structures responsible for emotional reaction, is affected in the early stages of this disease, our findings become relevant to understand how this alteration of the process of emotional recognition impacts the difficulties these patients have in both interpersonal relations and behavioral disorders.

Key words: Alzheimer's Disease- Facial emotion recognition - Basic emotions - Negative emotions.

Introducción

Las emociones básicas son un grupo de estados emocionales de origen biológico e innato que son compartidas por toda la especie humana. Se activan de forma automática ante la percepción de un estímulo y tienen como principal función regular nuestra conducta (1). Las emociones básicas que recibieron mayor acuerdo fueron enojo, miedo, sorpresa, asco, tristeza y alegría, cuyas expresiones faciales son reconocidas universalmente.

La manifestación de una emoción básica de un agente puede interrumpir la acción que está llevando a cabo el observador de la misma, adaptando la conducta y permitiendo a este último reaccionar de forma apropiada ante encuentros interpersonales (2,3). De esto se desprende que la alteración en el reconocimiento facial de la emoción expresada por otro sujeto supone una importante limitación para la comunicación y para una adecuada conducta social (4,5,6).

La enfermedad de Alzheimer es la etiología más frecuente de los síndromes demenciales (9). El DSMIV-TR la define como un síndrome con múltiples déficits cognitivos, incluyendo trastornos de memoria y de al menos otro dominio cognitivo (10).

Existen dos posturas sobre las alteraciones en el reconocimiento de emociones en el rostro en esta patología. La primera plantea que la alteración en el reconocimiento facial emocional está condicionada por la afectación de diferentes funciones cognitivas y el reconocimiento facial no emocional (5,11,12). La segunda postura plantea que dicha alteración es un déficit específico en la DTA (13,14,15). En esta corriente se incluyen los estudios sobre bases anatómicas que plantean que este proceso se ve afectado por la alteración de la corteza prefrontal y corteza cingular previa (16), regiones temporales (17) y por una atrofia en la amígdala (18).

Existe controversia sobre el reconocimiento de las emociones más afectadas en DTA. Henry y colaboradores encuentran que la mayor alteración está en el reconocimiento del miedo y la tristeza (19). Hargrave y colaboradores postulan que las emociones más afectadas son tristeza, sorpresa y asco (5). Fine & Blair y Adolph & Tranel sostienen que se trata de enojo y tristeza (20,21). Luzzi propone miedo, enojo, sorpresa y asco (22). Zapata sostiene que son miedo, enojo y tristeza (15).

También se presentan distintas conclusiones respecto del estudio de este proceso en sujetos mayores sanos. Isaacowitz y colaboradores encontraron alteración en el reconocimiento de enojo, tristeza, asco, alegría y sorpresa (23). Por su parte, Sullivan halló dificultades en el reconocimiento de enojo y de tristeza (24).

La mayor parte de los estudios de neuropsicología realizados en DTA se basan en los trastornos de las funciones cognitivas basales y complejas y en los síntomas psiquiátricos. Aunque los problemas interpersonales debidos al déficit en el procesamiento emocional son evidentes, son escasas y controversiales las investigaciones que se centran en la influencia que este tipo de demencia tiene en la vida social. Por estos motivos resulta relevante que se investigue en profundidad el

procesamiento emocional en los pacientes con DTA. Esta información permitiría diseñar estrategias de rehabilitación más precisas y adaptadas a las necesidades de estos sujetos para mejorar su calidad de vida. El objetivo del presente trabajo fue estudiar la presencia de alteración en el proceso de reconocimiento facial de emociones básicas e investigar si existen diferencias en el reconocimiento de cada tipo de emoción en Demencia tipo Alzheimer.

Métodos

Muestra

Pacientes:

Se evaluaron 29 pacientes, 3 hombres y 26 mujeres, del Laboratorio de Deterioro Cognitivo del HIGA Eva Perón de San Martín, provincia de Buenos Aires, con diagnóstico de Demencia tipo Alzheimer probable (25). La edad promedio de estos pacientes fue de 73, 69 años (Ds 9, 46) y una escolaridad de 5 (Ds 2, 71). Estos pacientes concurren al servicio por quejas mnésicas para diagnóstico o seguimiento de su enfermedad.

A todos se les realizó TAC, RMN de cerebro, examen neurológico y estudios de laboratorio. Fueron evaluados con el Mini Mental State Examination (MMSE) (26, 27) de screening y el Clinical Dementia Rating (CDR) para severidad (28). Además se administró una batería neuropsicológica que incluyó: Memoria Lógica, Test de Aprendizaje Verbal de California, Dígitos Directos e Inversos y Fluencia Verbal Fonológica y la Batería Neuropsicológica Española (29); Figura Compleja de Rey (30); Test de denominación por confrontación visual de Boston (31,32); Fluencia verbal semántica (animales) (33); Trail Making Test A y B (34); Adas Cognitivo (35). Se excluyeron pacientes con antecedentes de enfermedad neurológica, psiquiátrica o que mostraran lesiones en neuroimágenes.

Se les administró a los pacientes o familiar un consentimiento informado aprobado por el comité de ética del HIGA Eva Perón.

Grupo control:

Se evaluaron 18 controles, 5 hombres y 13 mujeres, con media de edad de 72, 61 años (Ds 8, 13) y una escolaridad de 6,33 (Ds 2, 35). Los sujetos que se seleccionaron para esta muestra fueron familiares de los pacientes que concurren al hospital como sus acompañantes, y adultos mayores geriátricos domiciliados en Capital Federal. Se consideraron como criterios de exclusión de la muestra antecedentes de enfermedades neurológicas, del desarrollo, trastornos psiquiátricos y un puntaje bruto inferior a 24 puntos en el MMSE (26, 27).

Instrumentos:

Para la evaluación del Reconocimiento facial de emociones básicas (RFEB) se utilizarán 3 tareas con 60 fotografías del POFA (36), creadas por Taberner & Politis (37) en base al trabajo de Calder et al (38). Las 3 tareas, de 60 láminas cada una, 10 por emoción básica: alegría, tristeza, enojo, miedo, asco y sorpresa son:

- Selección: se presentan 6 fotografías por lámina, una por emoción básica. El sujeto debe señalar entre cinco distractores la emoción indicada verbalmente por el examinador.

- Apareamiento: se presentan 7 fotografías por lámina, una por emoción básica, excepto para la emoción blanco que se repite en la fotografía de la izquierda. El sujeto debe aparear cada fotografía de la izquierda con aquella que exprese la misma emoción.

- Reconocimiento: se presenta una fotografía por lámina, acompañada de seis etiquetas que denominan los estados emocionales básicos. El examinado debe seleccionar la etiqueta con el nombre de la emoción expresada en cada fotografía.

Para las tareas Selección y Apareamiento las fotografías fueron randomizadas de forma tal que no quedara en un slide la misma persona expresando distintos estados emocionales. Todas las tareas contaron con dos ítems de prueba. El orden de administración de las pruebas se correspondió con el orden descrito más arriba. El tiempo de exposición de cada lámina no fue tenido en cuenta para ninguna de las tareas. Antes de iniciar las pruebas específicas de reconocimiento facial de emociones se administró una tarea de Identificación para descartar alteraciones en reconocimiento de rostros. La misma consistía en determinar si las dos fotografías presentadas simultáneamente corresponden o no a una misma persona.

Análisis estadístico

Se empleó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para comprobar que la distribución de ambas muestras fuera normal. Se realizó la prueba Chi Cuadrado para com-

parar la distribución del sexo entre ambos grupos. Se utilizó la prueba T de Student para comparar la edad y escolaridad de ambos grupos y para comparar el rendimiento de cada una de las pruebas entre ambos grupos. Con los puntajes brutos de los controles se obtuvieron los desvíos estándar y medias para cada prueba; con estos se hallaron los puntajes de corte para cada prueba y se calcularon los porcentajes de alteración en el grupo DTA. Se empleó la prueba T de Student para observar si existen diferencias significativas en el reconocimiento de las seis emociones básicas entre los grupos. Se empleó el estadístico R de Pearson para determinar si existe correlación entre las pruebas. Para comparar el rendimiento por emoción se realizó la prueba T de Student.

Resultados

Descripción de las muestras y de RFEB

La distribución de puntajes para las tareas que evalúan el RFEB y la tarea de Identificación fue normal para ambos grupos considerando un p-valor $>0,2$. Los mismos fueron, para DTA: Identificación $p=0,792$; Reconocimiento $p=0,952$; Selección $p=0,822$; Apareamiento $p=0,480$; Total Emociones $p=0,780$. Para controles: Identificación $p=0,336$; Reconocimiento $p=0,872$; Selección $p=0,809$; Apareamiento $p=0,729$; Total Emociones $p=0,640$.

Se consideró un nivel de significación $<0,05$ en la comparación por sexo, edad y escolaridad entre ambos grupos. Los puntajes obtenidos fueron para sexo $2=1,315$ $p=0,252$ edad $t=0,400$ $p=0,691$ y escolaridad $t=-1,721$ $p=0,092$.

Las tres tareas de RFEB presentaron correlaciones significativas entre sí, no se hallaron relaciones con la tarea de Identificación (Tabla 1)

Tabla 1. Correlación entre las pruebas de RFEB e identificación en el grupo DTA.

RELACIÓN TAREAS RFEB	P	R	P
Identificación- Reconocimiento	0,238	0,215	
Identificación-Selección	0,170	0,379	
Identificación-Apareamiento	0,100	0,606	
Reconocimiento-Selección	0,499	0,006	*
Reconocimiento- Apareamiento	0,453	0,014	*
Selección-Apareamiento	0,681	0,000	*

- Correlación de Pearson

* Nivel de significación $<0,05$

Rendimiento de RFEB en DTA y controles

A partir de la comparación de medias de rendimiento de muestras independientes en RFEB entre ambos gru-

pos, se observaron diferencias significativas para todas las pruebas. La diferencia no fue significativa en la tarea de Identificación (Tabla 2).

Tabla 2. Comparación medias de rendimiento en RFEB entre grupos.

Tareas	DTA (N = 29)		Controles (N = 18)		T	p
	Media	DS	Media	DS		
Identificación	11,17	1,85	12	2,37	-1,335	ns
Reconocimiento	37,21	6,65	50,22	3,47	-7,657	*
Selección	41,07	7,91	52,72	3,17	-5,934	*
Apareamiento	32,76	8,53	46,33	4,04	-6,304	*
Total Emociones	111,07	19,38	149,28	7,49	-7,975	*

- Estadístico T de Student

* Nivel de significación <0,05

Los puntajes de corte obtenidos fueron para Identificación 10, Denominación 45, Selección 48, Apareamiento 40 y para el Total de Emociones 141. A partir de esta

información se sacaron los porcentajes de alteración en el grupo DTA (Tabla 3).

Tabla 3. Porcentaje de alteración en el rendimiento de Identificación y RFEB en DTA.

Tareas	DTA (N=29)	
	N	%
Identificación	1	3,45
Reconocimiento	25	86,21
Selección	24	82,76
Apareamiento	22	75,86
Total Emociones	27	93,10

Rendimiento por emoción en RFEB

En la comparación de las emociones básicas entre grupos se observaron diferencias significativas para el reconocimiento de todas ellas, viéndose afectado el grupo de DTA. Enojo $t = -8,026$ $p = 0,000$; Tristeza $t = -7,670$ $p = 0,000$; Sorpresa $t = -6,021$ $p = 0,000$; Miedo $t = -4,515$ $p = 0,000$; Alegría $t = -3,092$ $p = 0,002$; Asco $t = -5,877$ $p = 0,000$.

Para determinar si se presentan diferencias en el reconocimiento de cada una de las emociones en cada prueba, el estadístico T de Student arrojó los siguientes resultados: En el grupo de DTA: Enojo (apareamiento-reconocimiento $t = -2,4$ $p = 0,19$; apareamiento-selección $t = -1,516$ $p = 0,135$; selección-reconocimiento $t = -1,06$ $p = 0,292$). Tristeza (apareamiento-reconocimiento $t = -2,35$ $p = 0,236$; apareamiento-selección $t = -5,037$ $p = 0,000$; selección-reconocimiento $t = -1,06$ $p = 0,000$). Sorpresa (apareamiento-reconocimiento $t = -2,35$ $p = 0,22$;

apareamiento-selección $t = 0,159$ $p = 0,874$; selección-reconocimiento $t = -2,48$ $p = 0,016$). Miedo (apareamiento-reconocimiento $t = 1,52$ $p = 1,33$; apareamiento-selección $t = -1,67$ $p = 0,100$; selección-reconocimiento $t = 2,8$ $p = 0,007$). Alegría (apareamiento-reconocimiento $t = -1,65$ $p = 0,000$; apareamiento-selección $t = 2,36$ $p = 0,22$; selección-reconocimiento $t = -1,99$ $p = 0,051$). Asco (apareamiento-reconocimiento $t = -0,292$ $p = 0,77$; apareamiento-selección $t = -6,32$ $p = 0,000$; selección-reconocimiento $t = 5,230$ $p = 0,000$). En el grupo control: Enojo (apareamiento-reconocimiento $t = -4,147$ $p = 0,000$; apareamiento-selección $t = -1,38$ $p = 0,176$; selección-reconocimiento $t = -2,436$ $p = 0,21$). Tristeza (apareamiento-reconocimiento $t = -2,018$ $p = 0,052$; apareamiento-selección $t = -4,75$ $p = 0,000$; selección-reconocimiento $t = 3,054$ $p = 0,005$). Sorpresa (apareamiento-reconocimiento $t = -3,116$ $p = 0,004$; apareamiento-selección $t = -1,16$ $p = 0,254$; selección-reconocimiento $t = -1,516$ $p = 0,139$). Miedo (apareamiento-reconocimiento $t = 0,405$ $p = 0,688$; apa-

reamiento-selección $t=-4,09$ $p=0,000$; selección-reconocimiento $t=5,25$ $p=0,000$). Alegría (apareamiento-reconocimiento $t=-0,649$ $p=0,521$; apareamiento-selección $t=0,915$ sig.=0,367; selección-reconocimiento $t=-1,44$ sig.= 0,159). Asco (apareamiento-reconocimiento $t=1,19$ $p=0,243$; apareamiento-selección $t=-5,11$ $p=0,000$; selección-reconocimiento $t=7,414$ $p=0,000$). Ambos grupos

obtuvieron un mejor rendimiento en la tarea de Selección respecto de Apareamiento y Reconocimiento, siendo significativa la diferencia en el reconocimiento de tristeza, miedo y asco. Se observaron diferencias significativas en la tarea de Reconocimiento para alegría y sorpresa en el grupo DTA; para enojo y sorpresa en el grupo control (Tabla 4).

Tabla 4. Comparación de medias de rendimiento entre emociones por cada prueba de RFEB entre grupos.

		Apareamiento			Selección			Reconocimiento		
		Media	DS	Sig	Media	DS	Sig	Media	DS	Sig
DTA (n= 29)	Enojo	3,75	1,45		4,41	1,82		5,00	2,34	
	Tristeza	4,75	2,53		7,79	2,01	*	5,48	2,06	
	Sorpresa	5,71	2,17		5,62	2,27		7,31	2,88	*
	Miedo	4,64	1,59		5,52	2,28	*	3,86	2,21	
	Alegría	8,00	1,65		8,97	1,42		9,55	0,68	*
	Asco	5,86	2,08		8,72	1,25	*	6,03	2,47	
Controles (n= 28)	Enojo	6,24	1,48		7,00	1,73		8,35	1,50	*
	Tristeza	8,24	1,25		9,76	0,43	*	9,00	0,94	
	Sorpresa	8,29	1,04		8,76	1,30		9,35	0,93	*
	Miedo	5,65	1,90		8,00	1,41	*	5,41	1,46	
	Alegría	9,65	0,49		9,47	0,62		9,76	0,56	
	Asco	8,59	1,06		9,94	0,24	*	8,18	0,95	

- Significación $<0,05$. Prueba T de Student. Se indica la significación en la prueba que obtuvo mejor puntaje.

Discusión

En el presente estudio se corroboran diferencias significativas en el reconocimiento facial de emociones básicas entre pacientes con DTA y grupo control. Estas diferencias se observaron en las tres pruebas de RFEB. Por la falta de existencia de correlación entre la tarea de Identificación y RFEB, podemos afirmar que el proceso de reconocimiento de emociones se afecta de forma independiente a otras alteraciones como lo plantearon Albert y colaboradores, y contrariando los resultados de Hargrave.

Las emociones que presentaron mayor dificultad para su reconocimiento en los pacientes con DTA fueron enojo, miedo y tristeza, al igual que en el estudio de Zapata. La emoción que se reconoció correctamente mayoritariamente fue alegría. Considerando estos hallazgos, es necesario resaltar que las emociones básicas planteadas por Ekman tienen un sesgo hacia las que presentan una connotación negativa. El hecho de que las emociones negativas sean reconocidas en menor

medida en estos pacientes podría explicarse por la atrofia en la amígdala que se presenta en los primeros estadios de la DTA.

Al comparar el rendimiento por emoción entre ambos grupos, se encontraron diferencias significativas en las 6 emociones básicas, viéndose afectado el resultado del grupo DTA. Estos resultados se contraponen parcialmente a las conclusiones arribadas por Fine & Blair, Henry, Hargrave, Adolph & Tranel y Luzzi, ya que ninguno indica que el déficit se presenta en el reconocimiento de todas estas emociones.

Ambos grupos presentaron diferencias significativas para el reconocimiento de las emociones de tristeza, miedo y asco, con un resultado favorable en la tarea de Selección. En la tarea de Reconocimiento, el grupo DTA reconoció mayor cantidad de veces las emociones de sorpresa y alegría; para la misma prueba el grupo control tuvo un rendimiento favorable para las emociones de sorpresa y enojo. También observamos que el grupo DTA rindió peor en la prueba de Reconocimiento. Esto puede deberse a que cada una de las pruebas pone en

juego diferentes procesos cognitivos. Sugerimos que esta disminución en la puntuación de la tarea de Reconocimiento se debe a la carga del componente de lenguaje que tiene dicha prueba. Es necesario en estudios futuros profundizar este resultado realizando asociaciones con otras pruebas de lenguaje. No se reportan en la bibliografía estudios que hayan realizado esta comparación.

Considerando que la amígdala (una de las estructuras cerebrales responsables de la reacción emocional) está afectada en los primeros estadios de esta demencia, nuestros hallazgos cobran relevancia, ya que la alteración en el proceso de reconocimiento emocional en parte es responsable de las dificultades que presentan estos pacientes tanto en las relaciones interpersonales como en la esfera conductual.

En relación con el diagnóstico, el alto porcentaje de alteración que encontramos en la muestra sugiere la necesidad de evaluar el reconocimiento emocional en estadios iniciales de la enfermedad. La evaluación de dicha función podría aportar para el diagnóstico precoz de la DTA y mejoraría la precisión del mismo.

Con relación al tratamiento, los resultados encontrados en la alteración de las emociones básicas negativas podrían ser de utilidad para mejorar las técnicas de

estimulación cognitiva disponibles hasta el momento, haciendo hincapié en el trabajo de reconocimiento de las emociones básicas de miedo, tristeza y enojo.

Por último, habiendo encontrado que el reconocimiento emocional está afectado en los primeros estadios de la DTA, seguir investigando sobre dicha alteración es de suma relevancia para poder mejorar la funcionalidad social de estos pacientes.

Agradecimientos

El presente trabajo se hizo bajo los subsidios PIP 112-201101-00233 del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y UBACyT 20020100100887 y UBACYT 20020130100323BA 2014-2017.

A la Dra. Eugenia Taberero y la Lic. Natalia Sánchez por la evaluación de los controles.

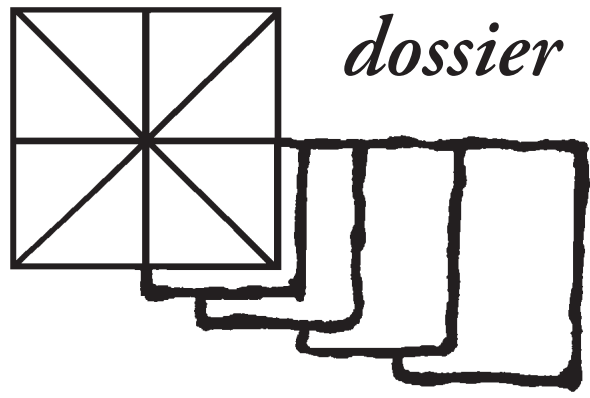
Declaración de conflictos de intereses

Los autores declaran que no hay conflicto de intereses ■

Referencias bibliográficas

- Ochsner KN, Gross JJ. Cognitive emotion regulation: Insights from social cognitive and affective neuroscience *Curr Dir Psychol Sci* 2008; 17(1), 153-158.
- Martínez CB. Emociones y cerebro. *Rev R Acad Cienc Exact Fís Nat* 2007; 1001 (1): 59-68.
- Lewis M, Haviland-Jones J & Feldman Barret L. Handbook of emotions. Nueva York, The Guilford Press, 2008.
- Shimokawa A, Yatomi N, Anamizu S, Torii S, Isono H, Sugai Y, et al. Influence of deteriorating ability of emotional comprehension on interpersonal behavior in Alzheimer-type dementia. *Brain cogn* 2001; 47(3), 423-33.
- Hargrave R, Maddock R Stone V. Impaired Recognition of Facial Expressions of Emotion in Alzheimer's disease. *J Neuropsychiatry* 2002; 14(1), 64-71.
- Alonso-Recio A, Serrano-Rodríguez JM, Carvajal-Molina F, Loeches-Alonso AP. Reconocimiento de expresiones faciales de emociones en la enfermedad de Parkinson: una revisión teórica. *Neurol Arg* 2012; 54(8), 479-489.
- Damasio, A. El error de Descartes. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1994.
- Ekman P, Friesen WV. Pictures of Facial Affect. Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press, 1976.
- Knopman DS. Alzheimer's disease and other dementias. En: Goldman L, Schafer AI, editores. Cecil Medicine. 24th ed. Philadelphia, 2011. Cap 409.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manual of Medical Disorders. Washington,DC. Text Revision (4ªed.), 2000.

11. Albert MS, Cohen C, Koff E. Perception of Affect in Patients With Dementia of the Alzheimer Type. *A.M.A. Archives of Neurology* 1991; 48(8), 791-795.
12. Cadieux NL, Greve KW. (1997). Emotion processing in Alzheimer's disease. *J Int Neuropsychol Soc* 1997; 3(5), 411-9.
13. Allender J, Kaszniak AW. Processing of Emotional Cues in Patients with Dementia of the Alzheimer's Type. *Int J Neurosci* 1989; 46(3-4); 179-183
14. Cossini F, Rubinstein W, Politis D. Estudio de las emociones básicas en pacientes con demencia tipo Alzheimer. *XX Anuario de Psicología* 2013; 311-316.
15. Zapata, LF. Reconocimiento de las expresiones faciales emocionales en pacientes con demencia tipo Alzheimer de leve a moderada. Psicología desde el Caribe [Internet]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21302104>
16. Giannakopoulos P, Gold G, Duc M, Michel JP, Hof PR, Bouras C. Impaired processing of famous faces in Alzheimer's disease is related to neurofibrillary tangle densities in the prefrontal and anterior cingulate cortex. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2000; 11: 336-41.
17. Werheid K, Clare L. Are faces special in Alzheimer's disease? Cognitive conceptualisation, neural correlates, and diagnostic relevance of impaired memory for faces and names. *Cortex* 2007; 43: 898-906.
18. Barnes J, Whitwell J, Frost C, Josephs K, Rossor M, Fox N. Measurements of the amygdala and hippocampus in pathologically confirmed Alzheimer disease and frontotemporal lobar degeneration. *AMA Arch Neurol* 2006; 63(10): 1434-9.
19. Henry JD, Rendell PG, Scicluna A, Jackson M, Phillips LH. Emotion experience, expression, and regulation in Alzheimer's disease. *Psychology and Aging* 2009; 24(1): 252-257.
20. Fine C, Blair R. The cognitive and emotional effects of amygdala damage. *Neurocase* 2000; 6, 435-50.
21. Adolph R, Tranel D. Impaired judgments of sadness but not happiness following bilateral amygdala damage. *J Cogn Neurosci* 2004. 16(3): 453-462.
22. Luzzi S, Piccirilli M, Provinciali LM. Perception of Emotions on Happy/Sad Chimeric Faces in Alzheimer Disease: Relationship With Cognitive Functions. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2007; 21(2): 130-135.
23. Isaacowitz DM, Löckenhoff CE, Lane RD, Wright R, Sechrest L, Riedel R, et al. Age differences in recognition of emotion in lexical stimuli and facial expressions. *Psychology and aging* 2007; 22(1): 147-59.
24. Sullivan S, Ruffman T. Emotion recognition deficits in the elderly. *Int Neurosci* 2004; 114: 403-32.
25. McKhann G, Knopman D, Chertkow H, Hyman B, Jack C, Kawas C, et al. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement.* 2011; 7(3): 263-9.
26. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975; 12: 189-98.
27. Allegri RF, Ollari JA, Mangone CA, Arizaga RL, De Pascale A, Pellegrini M, et al. El "Mini-Mental State Examination" en la Argentina: Instrucciones para su administración. *Neurol Arg.* 1999; 24 (1): 1-5.
28. Hughes C, Berg L, Danziger L, Coben L, Martin R. A new rating scale for the staging of dementia. *Br J Psychiatry* 1982; 140: 566-572.
29. Artiola L, Hermsillo Romo D, Heaton R, Roy E. Bateria neuropsicológica en español. Tucson, Arizona: Pardee III Press; 1999.
30. Meyers J, Meyers K. Rey complex figure test and recognition trial. Florida, USA: Psychological Assessment Resources, Inc; 1995.
31. Goodglass H, Kaplan E. Test de vocabulario de Boston: la evaluación de la afasia y trastornos relacionados. 2a. ed. Madrid: Editorial Medical Panamericana; 1986.
32. Serrano CM, Allegri RF, Drake M, Butman J, Harris P, Nagle C, et al. Versión corta en español del test de denominación de Boston: su utilidad en el diagnóstico diferencial de la enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol Arg* 2001; 33: 624-7.
33. Parkin A. Exploraciones en neuropsicología cognitiva. Madrid, Editorial Médica Panamericana, 1999.
34. Reitan R, Wolfson D. The Healstead-Reitan neuropsychological test battery. Tucson, Arizona, Neuropsychology Press, 1985.
35. Rosen WG, Mohs RC, Davis KL. A new rating scale for Alzheimer's disease. *Am. J. Psychiatry* 1984; 141: 1356-1364.
36. Ekman P, Friesen WV. Pictures of Facial Affect. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1976.
37. Tabernero ME, Politis DG. Evaluación del reconocimiento facial de emociones básicas en Demencia Frontotemporal variante frontal. *Neurol Arg* 2012; 20: pág. 24-34.
38. Calder AJ, Young AW, Perrett DI, Etcoff NL. Categorical perception of Morphed Facial Expressions. *Vis cogn* 1996; 3(2): 81-117.



NARRATIVAS EN PSIQUIATRÍA

Coordinación

Hugo Pisa

¿Qué implica y en qué nos implican las narrativas en psiquiatría? “Narrativa” implica una manera diferente de pensar y una metodología de análisis; sugiere la actuación de personas como agentes de sus propios destinos con intenciones y comportamientos propios (1). Según esta metodología, esencialmente cualitativa, el elemento de estudio no son los hechos, sino los discursos. No se trata aquí de personas que responden a cuestionarios o cumplen con determinados criterios, sino de personas que hablan, que dicen. El discurso, la narrativa, provee de sentido a la enfermedad: nos muestra y define cómo, por qué, y de qué manera una persona está enferma. El estudio de la narrativa nos invita a comprender. Porque enfermar, estar enfermo, estar en tratamiento nos remite a un individuo, con una historia particular, en un contexto lleno de sentido. Como dice Dan McAdams, “si prestamos atención al tipo de cosas que escuchamos y decimos en un día corriente, nos podríamos sorprender de darnos cuenta hasta qué puntos nuestra experiencia está formada por historias” (2).

En el momento en que nos ubicamos junto con el paciente para llevar a cabo la entrevista -el encuentro dialógico en palabras de Berrios- anotamos una fecha. Es lo que marca el inicio de nuestra historia clínica. Y de la misma manera que el protagonista de El Aleph, citado por la antropóloga Paula Sibilia en La intimidad como espectáculo (3), descubre en un sótano un pequeño orificio a partir del cual puede verlo todo. Todo lo que es, pero también todo lo que fue y lo que será; nosotros haremos lo propio a partir de las idas y vueltas que nos propondrá el relato del paciente. Lo que nos ubica frente a lo imposible: representar la realidad como un todo. Sin embargo, ante esa imposibilidad, Borges le hace decir al narrador: “lo que mis ojos vieron fue simultáneo; lo que transcribiré, sucesivo, porque el lenguaje lo

es”. Es lo que ocurrirá con nuestra historia clínica: recibiremos una gran cantidad de información que será ordenada de forma sucesiva, en muchos casos, organizada de modo tal que “justifique” nuestras intervenciones. En otras palabras, el escritor Rodolfo Rabanal lo expresa así: “La discontinuidad me permitió ver que toda organización narrativa ordenada, aun basándose en episodios reales de nuestra vida, se vuelve de inmediato ficcional, como si la realidad no tuviera más remedio que aparecer en la forma de una construcción imaginaria” (4). En nuestro caso, la construcción imaginaria pasará por traducir de forma “técnica” lo expresado por el paciente; es decir, el relato será convertido en un conjunto de signos y síntomas que desembocarán en un diagnóstico, dejando a un lado el sentido de las experiencias vitales, el contexto y la historia del paciente.

Para llevar a cabo una buena praxis en psiquiatría -afirma el psiquiatra Philip Thomas- (5) es necesario un compromiso con la parte “no-técnica”: los significados, valores y relaciones. Contrariamente, siendo la psiquiatría, quizás, la más “narrativa” de las especialidades, la misma -agrega- se encuentra dominada por un paradigma científico-tecnológico que considera, por un lado, estos elementos como secundarios y, por otro, ubica como importantes las clasificaciones, los modelos de enfermedad “causales”; y, a través de la medicina basada en la evidencia, la concepción del cuidado como una serie de intervenciones separadas, que se analizan y miden independientemente de su contexto. Esta situación se enfrenta a un punto innegable: el límite de la ciencia. En este punto, la explicación es sencilla, cuando contemplamos un problema humano (con sus sentimientos y emociones) chocan un método y teorías científicos esencialistas con lo singular existencial (6). Frente al peligro de un reduccionismo que se va a reflejar (o que ya se

refleja) en la forma de entender los padecimientos mentales, deberemos rescatar la narrativa del paciente. En este sentido, los autores de Medios narrativos para fines terapéuticos (7) refieren que, justamente, resulta útil distinguir entre el pensamiento que da lugar al cientificismo y el pensamiento que se considera el apropiado para la interpretación de los acontecimientos de la vida. Refieren que en la modalidad lógico-científica la particularidad de las experiencias personales es eliminada en función de priorizar los sistemas de clasificación. Asimismo, la dimensión temporal se excluye: los hechos se encuentran en todo tiempo y lugar. El lenguaje busca una especificidad para reducir la incertidumbre y la complejidad. Por último, se excluye al observador de lo observado en pos de la objetividad. Al contrario, el pensamiento narrativo da mayor importancia a las particularidades: las ubica como un elemento vital. En esta línea, debemos tener en cuenta que las personas adscriben significado a su vida convirtiendo sus vivencias en relatos, y que esos relatos son los que les dan forma a sus vidas y a sus relaciones. Las historias tienen un principio y un final, y entre esos dos puntos transcurre el tiempo. Por su parte, desde la narrativa, se busca ampliar el campo de posibilidades e incluir la "perspectiva múltiple", en la búsqueda de representaciones con significado. Asimismo, tiene en cuenta la subjetividad y complejidad de la experiencia. Es decir, sitúa a la persona como protagonista o como participante de su propio mundo. Un mundo de actos interpretativos; un mundo en el que volver a contar una historia es contar una historia nueva; un mundo en el que las personas participan en la re-escritura de sus vidas y relaciones. En el modo narrativo se redefine la relación entre el observador y el observado. Nuestro desafío será -en palabras de Paco Maglio- establecer puentes entre esa biología y la biografía (8).

Si el psiquiatra -como sugirió el Dr. Segúin hace mucho tiempo- comprende que el hombre y su vida son una complicada red de fenómenos que se manifiestan en los planos más diversos y desde las perspectivas menos pensadas, y a su vez considera que una teoría, cualquiera que esta sea, agota el conocimiento y resuelve todo los problemas, entonces está en problemas. El psiquiatra debe mantener una actitud de estudio desprejuiciado frente a todo lo que le permita ampliar su campo de visión y acción clínica (9).

Atentos a esta idea introduciremos lo que se denomina Narrativa. Una corriente que en los últimos años intenta recuperar "lo perdido": el relato del paciente y su vida en la práctica clínica. Surgió para oponerse al modelo biomédico y al dúo dinámico compuesto por la pasión clasificatoria-fármaco. Sus pretensiones son "[...] insertar la cultura dentro del modelo narrativo de la interacción médico-paciente y defender el argumento de que la circunstancia en la que se sitúan históricamente médicos y pacientes influye lo que se dice y lo que se

escucha" (10). Dicho de otro modo, como lo define el Dr. Carlos E. Sluzki, la narrativa (o historia) sería un sistema formado por: los personajes (participantes), las acciones (los eventos que tienen lugar) y un escenario (el contexto), que se encuentran entramados en un tejido que los mantiene: la trama (relacionada con la lógica de la historia). Esta trama constituye un sistema en el cual cada uno de los elementos de la narrativa afecta y se ve afectado por los otros. Las narrativas entretienen su realidad con la del otro, encuentran consonancias o generan disonancias entre ellas, y a veces construyen una tercera realidad.

Desarrollar habilidades narrativas, en este sentido, implica tener una apertura: ampliar nuestro análisis del discurso de los pacientes, la forma que tenemos de escucharlos y, lo que también es esencial, elaborar nuestro propio discurso. Un punto de partida podría ser modificar nuestra manera de confeccionar la historia clínica. Incluyendo, por ejemplo, un breve relato de la vida del paciente. Como una sugerencia, citaremos lo que la Dra. en Historia María Bjerg introduce en su libro El viaje de los niños. El mismo reúne siete historias de niñez contadas por los adultos mayores del presente. Dice: "Sin perder de vista los límites, intenté que las historias conservasen el sentido que los narradores les imprimían cuando convocaban a los dones de la memoria (sabiendo que existe un plano que es inaccesible e intraducible). Pero, a la vez, busqué darles mi propio sentido para transformar los recuerdos infantiles en stories fue necesario ordenar la trama en una temporalidad que eludiese las idas y vueltas y la incoherencias y elipsis de la narración oral. Y para lograr una unidad narrativa, tuve que apelar a la imaginación histórica. Sin que ese acto imaginativo significase alejarme de los testimonios de los protagonistas ni renunciar a un tratamiento riguroso de los mismos, uní las historias a sus contextos y le conferí linealidad al relato de modo que cada capítulo configurase una unidad que pueda ser leída como story" (11). De la misma manera, el desarrollo de habilidades narrativas por parte del psiquiatra (y todo profesional ligado a la salud mental) constituye una reacción a la excesiva tecnificación y deshumanización. Esto no tiene sólo un objetivo humanístico, sino también el de evitar los errores que se pueden cometer por no escuchar el relato del paciente. Lo que nos impide, entre otras cosas, tener un discurso que nos permita explicar, guiar y acompañar al paciente en su sufrimiento, más allá de la propuesta farmacológica. Estamos frente a una situación compleja. Abrirla al debate implica un esfuerzo de reflexión y compromiso, algo que no produce otra cosa que un enriquecimiento profesional.

En este dossier incluiremos diferentes artículos que constituyen un buen comienzo para adentrarse en el complejo entramado que nos ofrece esta temática.

Quedará por fuera, en esta oportunidad, lo referido al “gran capítulo” que engloba las Narrativas en psicoterapia.

En primer lugar, el Lic. Agrest se pregunta *¿cómo es vivir con un trastorno mental, recibir un diagnóstico, recuperarse?* En la búsqueda de una respuesta, nos introduce en Las narrativas en primera persona. Dicho de otro modo, visibiliza los relatos de quienes se recuperaron de su padecimiento mental. Esto no tendría solo un fin terapéutico, sino también a nivel personal poder “escuchar” a quienes tuvieron avances significativos respecto de su recuperación.

Por su parte, la Lic. Silvia Carrió señala que nuestra educación profesional nos lleva a una manera de pensar lineal, causal, lógica, analítica; así como a utilizar definiciones y categorías universales, tendientes a identificar, clasificar y cuantificar esencias, deficiencias y anomalías. En este sentido, la formación en habilidades narrativas constituye una especie de antídoto: se centra en un modelo de atención que prioriza el vínculo, el intercambio y construcción de historias. En la misma línea se encolumna el trabajo del Dr. Carroll y la Lic. Gothelf: presenta el *Diario de Formación* como una alternativa válida para la formación y capacitación del profesional a partir de priorizar una acción “olvidada”, la práctica reflexiva. El artículo no sólo propone un diálogo entre el pensamiento narrativo y el lógico científico, sino que también desarrolla aspectos teóricos y nos brinda

una orientación para la implementar el “Diario” en la práctica.

El ensayista español González Requena es categórico cuando opina que tanto el racionalismo tecnológico como la expansión audiovisual del mercado pugnan por reducir el universo humano a lo visible. Algo similar a lo que ocurre en cualquier transacción: para un determinado problema, una solución. Esto es un síntoma –de época– que nos ubica frente a la imperiosa necesidad de reivindicar la dimensión de lo invisible. En un intento de llevarlo a cabo así como de cambiar –o al menos mejorar– el rumbo inexorable al que parece dirigirse la psiquiatría podríamos ubicar el texto del Dr. Matusevich, en el cual la lectura (de ficción, ensayo y poesía) y la escritura son elementos vitales tanto para el psiquiatra en formación como para el que lleva años en su práctica. Sugiere, en pocas palabras, una psiquiatría en estado de literatura.

Para terminar, el artículo de la Dra. López Geist nos interpela con respecto a las publicaciones académicas y el interjuego de los diferentes y diversos agentes involucrados (investigadores y periodistas científicos entre otros). Para esto se vale de “historias científicas conocidas” que circularon en los medios y que fueron calificadas como verdaderos fraudes. Situación que no hace otra cosa que mostrar una trama narrativa que ilustra el rol de los medios y de los factores de poder en la construcción social del conocimiento ■

Referencias bibliográficas

- Gómez EA. Narrativa y psicoterapia. *Rev NeuroPsiq* 1993; 56: 139-146.
- McAdams DP. *Stories we live by. Personal myths and the making of the self.* New York, NY: William Morrow & Company, Inc.; 1993.
- Sibilia P. La intimidad como espectáculo. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2008. p. 136-9.
- Rabanal R. La vida escrita. Buenos Aires: Seix Barral; 2014. p. 9-11.
- La psiquiatría más allá del paradigma [Internet]. <http://postpsiquiatria.blogspot.com.ar/2014/01/la-psiquiatria-mas-alla-del-paradigma.html>.
- Peteiro Cartelle J. La ciencia y la dominación autoritaria del sujeto [Internet]. *Intercanvis* 2014; 32: 93-104. Disponible en: http://intercanvis.es/articulos/32/art_n032_13R.html.
- White M, Epston D. *Medios narrativos para fines terapéuticos.* Buenos Aires: Ed. Paidós; 1993. p. 89-95.
- Maglio F. La dignidad del otro: puentes entre la biología y la biografía. Buenos Aires: Ed. Libros del Zorzal; 2011.
- Seguín CA. *Existencialismo y psiquiatría.* Buenos Aires: Paidós; 1960. p. 9-11.
- Tajer C. *La medicina del nuevo siglo: evidencias, narrativa, redes sociales, y desencuentro médico-paciente.* Apuntes críticos. Buenos Aires: Libros del Zorzal; 2011. p. 90-3.
- Bjerg M. El viaje de los niños. Inmigración, infancia y memoria en la Argentina de la segunda posguerra. Buenos Aires: Ed. Edhasa; 2012. p. 11-21.

Narrativas en primera persona: ¿qué es lo nuevo para un profesional de la salud mental?

Martín Agrest

Licenciado en Psicología (UBA)
Proyecto Suma, Asistencia y Rehabilitación en Salud Mental
E-mail: magrest66@gmail.com

“Créanme cuando digo que no hay nada más devastador, que genera más descrédito y discapacidad para alguien en recuperación de su enfermedad mental que el estigma. (...) La vida es difícil con un diagnóstico de esquizofrenia. Puedo hablar, pero pueden no escucharme. Puedo hacer sugerencias, pero puede que no sean tomadas en serio. Puedo decir lo que dicen mis pensamientos, pero pueden ser vistos como delirios. Puedo contar mis experiencias, pero pueden ser interpretadas como fantasías (...) En última instancia debemos conquistar el estigma desde adentro (...) Es imperativo para nosotros como usuarios mirar hacia adentro para encontrar nuestras propias fortalezas.”

(1, p. 199)

Resumen

Las narrativas en primera persona de quienes se han recuperado de su padecimiento mental no son novedosas pese a que los profesionales de la salud mental no les han prestado suficiente atención hasta el momento. ¿Cómo es vivir con un trastorno mental, recibir un diagnóstico, u ocultar las internaciones o la medicación que se toma en el contexto de una entrevista laboral o para establecer una relación de pareja? Pero, fundamentalmente, ¿cómo es aprender nuevas estrategias para afrontar estas dificultades, lograr hacer aportes valiosos en la comunidad en la que se participa y reconocerse en una identidad que no niega la patología ni tampoco se reduce a ella?

Las narrativas personales de recuperación son analizadas para establecer qué es lo novedoso de las mismas, quiénes y cómo se benefician con ellas. Asimismo, a través de ellas, los profesionales de la salud mental podrían cuestionar la ilusión producida por el sesgo en su práctica habitual, según el cual sólo ven a quienes están mal y no a quienes logran avances significativos en su recuperación.

Palabras clave: Narrativas personales - Recuperación - Formación de profesionales de salud mental.

FIRST PERSON NARRATIVES: IS THERE ANYTHING NEW IN THEM FOR A MENTAL HEALTH PROFESSIONAL?

Abstract

Recovery narratives and first-person accounts of people living with mental disorders are not really new. Nevertheless, scarce attention has been paid to them by mental health professionals. What is it like to live with a mental disorder, receive a diagnosis, or hide previous experiences of treatment in mental health centers or with psychiatric medication in the context of a job interview or trying to start a relationship with another person? What is it like to learn new coping strategies, to be able to contribute to society and to assume an identity that neither denies the pathology nor is reduced to it? These narratives are analysed in order to establish both the novelty in their production, and who and how could benefit from them. In addition, mental health professionals could challenge their illusions based on the continuous bias of working with people during the exacerbation of their symptoms, but barely seeing those who have been able to make significant progress in their recovery processes.

Key words: Personal narratives - Recovery - Education of mental health professionals

Las narrativas en primera persona en el campo de la psiquiatría y la salud mental, también llamadas *first-person accounts* o *personal accounts* en la literatura internacional, son textos mediante los cuales las personas con padecimiento mental dan a conocer un testimonio autobiográfico de su proceso singular de recuperación. Representan la voz de la propia experiencia con el padecimiento, con los servicios de salud mental y/o con la sociedad. Mediante ellas, estas personas se hacen oír, manifiestan y reivindican su derecho a ser escuchados, comparten sus vivencias, transforman la soledad y el dolor que suelen acompañar a los trastornos mentales en algo que los conecta con otros. Para algunos lectores con padecimientos similares, incluso, podría ser uno de sus primeros sentidos de pertenencia y de sosiego al saberse acompañados en la difícil tarea de afrontar las dificultades asociadas a la enfermedad mental (2). A pesar de que este tipo de narrativas son muy antiguas (3), que revistas como el *Schizophrenia Bulletin* han publicado más de un centenar a lo largo de cuatro décadas, y que por medio de blogs y de internet han crecido exponencialmente en la última década, los profesionales dedicamos poca atención a revisarlas.

¿Es o no es lo mismo que escuchamos los profesionales cotidianamente cuando nos hablan nuestros pacientes? ¿Qué podríamos tener para aprender leyendo “lo mismo” que ya solemos escuchar? ¿Qué más podría haber que nuestros recortes clínicos o que nuestros sutiles hallazgos en los intersticios de las historias que escuchamos?

En el presente trabajo, fundamentalmente a partir de las narraciones autobiográficas publicadas en revistas de la especialidad, intentaré mostrar qué es lo novedoso, en qué sentidos son diferentes de otros relatos a los que estamos acostumbrados, qué valor tendrían para narradores y lectores, y qué podríamos ganar los profesionales si pudiéramos prestarles real atención.

Lo nuevo de estos relatos

Lo primero que debemos considerar es: ¿quién narra, quién es el autor o, como se dice hace años en el Río de la Plata, quién establece el texto? Y, desde ya, este no es un punto menor. Todos lo saben. Está en juego el poder, aquello que permite hacer decir al otro “lo que en verdad quería decir”, “lo que debería haber dicho” –y no estaba claro si lo había hecho– o “lo que me hubiese gustado que el otro dijera”. Pero acaso ¿no podemos dejar que lo diga a su manera y con sus palabras? (4). En las entrevistas clínicas, esta narración suele verse alterada, inducida y limitada por nuestras intervenciones, preguntas, gestos y, también, por los silencios. Es inevitable, y no necesariamente una falla en el procedimiento. En los materiales clínicos usamos las comillas para “hacer hablar al paciente” con constantes ediciones nuestras. Casi con seguridad, con un paciente habrá tantos materiales clínicos como profesionales existan. Cada uno recortaría diferentes aspectos del diálogo o del discurso con un probable único punto en común: la selección obedecerá a la herramienta teórica que posea el terapeuta. En cambio, en las narraciones en primera persona nadie más

que la propia persona elige qué y cómo lo dice. Como editores-autores salimos sobrando. Y si hay un otro que incide, como hipotético lector, no necesariamente nos incluye.

Si importa el autor, también importa el destinatario de la narración. Las historias en primera persona tienen como principal destinatario otras personas que atraviesan situaciones similares. Por más que algunas se publican en revistas científicas o profesionales, su sentido nos excluye, no nos necesita y se consolida, en cambio, en la lectura que haga otra persona que pasa por aquello que el narrador ha pasado. A causa de la lectura, el destinatario puede sentir menos vergüenza de lo que le pasa, aliviarse de no ser el único que atraviesa por ese sufrimiento, encontrar nuevas y mejores estrategias de afrontar su padecimiento y recuperar alguna esperanza ahí donde todos –profesionales incluidos– dejaron de alentarla. En relación con este destinatario, el narrador es un facilitador, alguien que ofrece algo valioso que ayuda al lector. Ha dejado de “ser un caso”, “un ejemplo de alguna patología”, “un objeto de estudio”, para pasar a ser alguien valioso, digno de reconocimiento o imitación, fuente de inspiración. De un lado, la patología; del otro, la experiencia y la recuperación.

Su testimonio, que lleva el mismo nombre que aquello que se pasa entre compañeros de equipo en una carrera de postas y sin el cual no hay continuidad posible, le hace cobrar un sentido que está ausente en otras narraciones de estas mismas personas. No se relata tan solo una vivencia, sino en qué consiste haberla vivido. No se trata de si alguien se internó una o más veces, qué medicación tomó o qué hacía en sus días dentro o fuera de una institución, sino, en cambio, de cómo fue experimentado. Parafraseando a Nagel (5), es dar cuenta del “*what is it like to*” vinculado a algo del padecimiento mental (6). Y al hacerlo, la estructura que con frecuencia adquiere es la de un pasaje. Ha sido de un determinado modo –y así se lo ha experimentado– el pasaje entre una forma de vivencia y otra, el antes del diagnóstico y el después, el antes de internarse y el después, el pasar a (o el dejar de) tomar una medicación, el perder o conservar trabajos, familias, amistades, la vida alejada de los servicios de salud o la transformación gracias a la ayuda recibida de parte de los mismos. En última instancia, con frecuencia, de lo que se da testimonio es del cambio en el sentido de la propia vida y del ser. Y, al mismo tiempo, esta transformación subjetiva es solidaria de la entrega del testimonio a otros lectores que puedan valerse de éste para sus propios cambios.

Algo que emerge de estas narrativas es alguna forma de identificación que da lugar a un “nosotros”, aun si solo de modo transitorio, en vez del tradicional “yo”, “él”, “ella” o, más dramáticamente, el estigmatizante “ellos” (7, 8). Se produce una transformación de una experiencia básicamente solitaria en algo compartible con otros y que permite alguna clase de participación y de intercambio. El sentido de pertenencia al género de “persona que padece” o “persona que podría atravesar un padecimiento” lo coloca muy lejos del “enfermo mental”, “el esquizofrénico” o algún otro calificativo

que otros, en su angustia o desesperación, le hubieran propinado. Ya no es el ateneo que enlaza un profesional con otro, sino la narración de una persona con padecimiento mental que la conecta con otra persona.

Quienes han producido estas narrativas y quienes han estudiado estos relatos enfatizan una serie de sus virtudes: promueven el reconocimiento de la salud mental y el bienestar, inspiran esperanza y promueven la recuperación, cuestionan el estigma y promueven actitudes positivas, hacen a estas personas más expertas a partir de su experiencia vivida y proveen oportunidades para el aprendizaje y el desarrollo personal (9). Asimismo, enseñan diferentes estrategias que adoptan las personas para tratar de ayudarse por sí mismas, destacan el rol activo y fundamental de la persona en su proceso de recuperación, señalan la importancia de la autonomía y el creciente control y responsabilidad con la propia vida, aceptan la no linealidad de este camino y toman las recaídas en un sentido que no es el de “fracaso”, y colocan en el centro de la escena la necesidad de contar con un propósito en la vida que pueda ser compartible y reciba alguna valoración social (10).

Tal vez lo más importante de estas narraciones sea que se centran en la capacidad de expresarse y en la reivindicación de la recuperación como experiencia corriente y esperable para personas con trastornos mentales. A diferencia de los relatos famosos de Schreber (11) o de tantos otros citados por décadas por psicoanalistas y psiquiatras para mostrar la construcción de los delirios, tipificar la locura y teorizar sobre las psicosis, las narraciones en primera persona enseñan sobre la esperanza, la superación y el padecimiento enfrentado en el proceso de recuperación. No suelen centrarse en los déficits o las alteraciones, sino que presentan una posibilidad, una fortaleza, aquello que ha sido conservado, desarrollado o recuperado. Aun necesitando ayuda o apoyo –profesional o no–, se muestra aquello que fue posible hacer.

A diferencia de los otros relatos por los que se guía la formación profesional, estos muestran la vida de una persona para la cual su enfermedad, aun si puede ser muy importante, es tan solo algo más que tiene y que le pasa. A pesar de poder centrarse en la enfermedad, estos relatos invitan a abandonar una actitud clínica o de evaluación psicológica para enfocarse en las personas. Allí donde los profesionales vemos patologías, trastornos o enfermedades, quienes han vivido con ellas suelen ver personas con dificultades que han debido y podido afrontar, o con las que siguen aprendiendo a convivir (12-15). Es cierto que los profesionales solemos decir que no dejamos de reconocer a las personas por más que (también) vemos su patología. Nos da mucho trabajo darnos cuenta de hasta qué punto nos centramos en los déficits. Pero si alguien enfatiza las capacidades de una persona –respecto de la cual logramos tipificar su delirio o describir algunos de sus vínculos o reacciones más extremas–, solemos mirarlo con cierto desprecio o compasión. Nos parece “voluntarista”, “negador”, “inexperto”, “desconocedor del sujeto del inconsciente”, “del goce” o de las “limitaciones del psicótico”. Protestamos airadamente cuando pretenden decirnos que por ver los déficits no

vemos las capacidades. Nos es tan difícil abandonar la actitud clínica de que, simplemente, no vemos que no las vemos. Será que estamos entrenados para limitar los daños y resguardar a nuestros pacientes de los peligros (especialmente de sí mismos) que las potencialidades, por lo general, nos tienen casi sin cuidado.

Quienes han teorizado sobre la recuperación (o *recovery*, en inglés) se han basado en estas narraciones (16-19). Su inspiración en estas narrativas tal vez sea el motivo por el cual a muchos profesionales les suele parecer algo trivial, superficial, poco interesante, un “engaño yoico” o nada original. Lejos de basarse en los síntomas o en las “estructuras”, como para poder equipararse con nuestras elaboraciones teóricas, privilegian aspectos comunes a todas las personas (y no sólo a quienes padecen algún trastorno mental). Es así que, por sobre la sintomatología o la funcionalidad, cobra importancia la dimensión existencial. Asuntos tan corrientes como la esperanza, el auto-respeto, la transformación personal o la asunción de una identidad personal gracias a la cual alguien sea valorado por su posible aporte a la comunidad, van por delante –sin negar la importancia– de las alteraciones del ánimo, la presencia de ideas delirantes o el acceso a un trabajo (20). Estos aspectos quedan ligeramente relegados a menos que imposibiliten aquello que cada persona considere lo más importante para su vida (14, 21). Los síntomas o la funcionalidad se recortan en las narraciones como secundarios a cómo cada cual se concibe a sí mismo en relación con los otros.

El beneficio de estos relatos para quienes ofrecen su testimonio

La posibilidad de organizar un relato personal da cuenta tanto de un estado a partir del cual esta narración es posible cuanto del considerable efecto subjetivo de poder hacerlo. El testimonio tiene un doble valor personal: por un lado, en términos de la capacidad para formalizar y enlazar situaciones e ideas sobre la propia historia; por el otro, en términos del beneficio que puede traer a quien logra producirlo. El padecimiento, como señala Kleinman (22), tiene un sentido para cada persona y en cada narración este sentido tiene la posibilidad de transformarse. Tal como lo plantea el construccionismo social (23), estas narraciones no son solo una manera de contar (a otro a o sí mismo) sobre la propia vida, sino una manera de producir una identidad que se encuentra también en permanente transformación (17). La reformulación de la propia historia permite la emergencia de nuevos sentidos y posibilidades a la par que expresa una nueva forma de verse y describirse a sí mismo (24). Esta nueva forma incluye también la posibilidad de estar ayudando a otros por medio del testimonio.

En la segunda presentación de las narraciones en primera persona del *Schizophrenia Bulletin*, quien hizo el relato, anónimamente, incluyó un agradecimiento por “la oportunidad de transformar la tragedia propia en algo potencialmente significativo para otros” (25). Otro testimonio señaló en el párrafo final que entendía que su relato acerca de cómo había vivido con ideas deliran-

tes de tipo paranoide no convencería a otra persona con similares vivencias de que sus ideas, las del lector, no son verdaderas, pero al menos le estaría haciendo saber que no es el primero y que tampoco está solo (26). Un tercer testimonio culminó su relato a la espera de que “este relato pudiera ser de utilidad para los profesionales interesados en la esquizofrenia” (27).

La posibilidad de ayudar a otro a partir de vivencias dolorosas personales, e incluso ser fuente de inspiración, tal vez sea uno de los aspectos más importantes de estas narraciones. El mismo fundamento se aplica a la ayuda de los “compañeros pares” o “pares especializados” (15, 28). La transformación del dolor en algo valioso para alguien que pudiera atravesar algo parecido tendría una potencialidad incomparable para producir salud.

¿Qué podemos aprender los profesionales?

Leyendo estas narraciones encontraremos personas que en algún momento perdieron las esperanzas, que estuvieron a punto de sucumbir o que sintieron que su ser se perdía irremediadamente, que fueron ayudadas o maltratadas por el sistema de salud, que encontraron en el apoyo mutuo una manera de mantenerse con vida y, finalmente, terminaron por hacer pie en alguna fuerza interior que nadie hubiese podido darles. Podremos comprender qué factores contribuyen a la recuperación, en qué consiste recuperarse por fuera de los servicios de salud o los casos exitosos utilizando otro tipo de recursos ajenos a la biomedicina (10). Veremos cómo las personas lograron salir del encierro y el estancamiento de su padecimiento para lograr alguna forma de participación con otros, cómo se sobrepusieron a la adaptación pasiva a las limitaciones de su enfermedad para desarrollar nuevas estrategias para salir del malestar (29), cómo recibieron su diagnóstico y qué efectos subjetivos les provocó (30, 31, 32).

La relación con compañeros en la recuperación suele ser destacada y lo que se remarca es que en ocasiones puede ser más fácil hablar con ellos que con los profesionales (33, 34). La vergüenza y el ocultamiento a la hora de buscar trabajo o de conocer una posible pareja respecto de las experiencias sufridas o de la medicación psiquiátrica prescrita, los riesgos de mentir y los fallidos intentos de decir la verdad, son constantes. Las narraciones dan cuenta de una búsqueda y eventualmente de un aprendizaje (difícil de universalizar) acerca de cómo y cuándo poder hacerlo (35). Los esfuerzos por disimular los síntomas, las estrategias de evitación social y el aburrimiento predominan por sobre otras formas más espectaculares respecto de las cuales los profesionales nos sentimos particularmente convocados a preguntar y a intervenir. Las estrategias de afrontamiento, destacan las narraciones, muchas veces no son valoradas como tales o las confundimos con síntomas, y así contribuimos a la sensación de incomprensión y al aislamiento (1).

¿Siempre igual? No. Siempre distinto. ¿Igual a nuestros pacientes? Tal vez sí. Pero para ver esa semejanza deberíamos poder preguntarles del modo menos censor que seamos capaces en qué consiste o consistió su

experiencia, qué los ayudó en su vida, cómo recibieron y dieron ayuda a otros, o en qué consistió lo que pudieron hacer por sí mismos (6). En tanto estemos a la caza de sus síntomas o de la “repetición tanática”, desconfiemos de las verdaderas posibilidades de recuperación o de las posibilidades de asumir progresivamente nuevas responsabilidades con la propia vida, entonces, las narrativas se parecerán bastante poco. Mientras no logremos ver nuestra propia contribución a la vergüenza, el estigma o la desesperanza de quienes han recibido un diagnóstico psiquiátrico, un efecto adverso relativamente frecuente de nuestros tratamientos, los relatos acerca de la recuperación nos parecerán sin sentido.

También nos tocaría ver la diferencia entre “ser un psicótico” (“esquizofrénico”, etc.) y “tener esquizofrenia”. Nos cuesta entender que no es lo mismo “ser” que “tener” y, pese a que las recomendaciones locales e internacionales sobre la comunicación de los padecimientos mentales son taxativas y muy claras al respecto, seguimos insistiendo con referirnos a las personas como “el esquizofrénico” o “el psicótico”. “Tener” una enfermedad facilita una pluralidad de alternativas que “ser” esa enfermedad no las admite. “Ser” un diagnóstico (o “un enfermo mental”) hace a la identidad. Tener un diagnóstico no es una cuestión identitaria y, a la larga, podríamos entender que alguien puede ser muchas cosas junto con, y además de, el padecimiento mental que tiene. En “enfermedades que hacen a la identidad” (“*I am illnesses*” (36)), contrariamente a lo que muchas veces hacemos, sería crucial colaborar para transformarlas en algo que “se tiene”.

Las narrativas en primera persona suelen rechazar la identificación entre el diagnóstico y el ser en tanto esta contribuye al estigma, el malestar y la dependencia de los servicios de salud (37). Tampoco es cuestión de rechazar el padecimiento, que limita las posibilidades de buscar ayuda o conservar tratamientos que pueden ser de fundamental importancia en muchos casos. Al decir de Davidson (18), la relación entre la identificación con la enfermedad y la recuperación es curvilínea: tanto nula identificación (“no tengo una enfermedad”) como gran identificación (“soy un paciente psiquiátrico”) son obstáculos para la recuperación. Con frecuencia nuestras denominaciones contribuyen a la más absoluta identificación, como si solo así pudiéramos asegurarnos la aceptación (conciencia) de la enfermedad y la adherencia al tratamiento. En cambio, con este mismo movimiento y sin darnos cuenta, es posible que estemos contribuyendo a la cronicidad. Como decía Estroff (36), “la cronicidad es la transformación de un sí mismo anterior que poseía cierto valor en otro disfuncional y devaluado” (o, si no, la certificación de un sí mismo devaluado), que ha pasado a coincidir con el diagnóstico. Significa la consolidación de la “carrera moral” según la cual alguien se vuelve un “paciente mental” (38). Deja de ser “alguien con” un diagnóstico para “ser” ese diagnóstico.

La posibilidad de los profesionales de hacer de una persona con un padecimiento mental un paciente, alguien que en muchos casos podrá obtener un tratamiento y un alivio, es también un modo de contribuir a una nueva

identidad que, en ocasiones, puede ser un obstáculo para su recuperación. Sabemos bastante acerca de este primer movimiento según el cual alguien se convierte en paciente aunque, como dice Barrett (39), el de la salida de esa identidad, la manera en que alguien pasa de su condición de paciente a persona, nos ha resultado por lo general bastante ajeno. Es justamente este pasaje el que queda testimoniado en muchas de estas narrativas.

¿Cómo es que ahora nos ocuparemos de estas producciones basadas en la auto-percepción cuando, de un lado el psicoanálisis y del otro las neurociencias, nos han enseñado a desconfiar de ella? ¿Cómo prestar atención a lo que “el yo tiene para decir de sí mismo” luego de años de mostrar cómo nunca dejamos de engañarnos a nosotros mismos? He aquí una objeción poderosa que podría hacernos creer que escuchar los testimonios de quienes han vivido con un padecimiento mental es tan inútil como para un cirujano preguntar a un paciente cómo estuvo durante la cirugía que le practicó. Alguien podría suponer que la conciencia en un caso y en el otro tendría igualmente poco para aportar. Pero he aquí una dimensión ética según la cual las personas han de ser consideradas responsables de sus actos y, análogamente, las primeras interesadas y entendidas en lo que les concierne salvo en situaciones extremas, transitorias y, aun así, con el apoyo correspondiente para poder hacerlo. El lema internacionalmente difundido de “nada sobre nosotros sin nosotros” debería considerarse de un estatus superior a cualquier ideología o avance científico, echando por tierra toda pretensión de desoír lo que las personas tienen para decir de sí mismas en nombre del reduccionismo neurobiológico extremo o de algún psicoanálisis que pretenda ocuparse únicamente de “sujetos del inconsciente” y no de las personas.

El problema no sería tanto que los profesionales no tendríamos nada para aprender cuanto que lo que tenemos para aprender podría no agradarnos (6, 40). Muchos de los relatos se quejan de sus experiencias con algunos profesionales de la salud mental y testimonian, además, que fueron capaces de progresar en su recuperación a pesar de la actitud pesimista y de desaliento emanada de aquellos. Es cierto que algunos relatos tienen un mensaje casi excluyente de denuncia, son enunciados en calidad de “sobrevivientes”, se proponen como “anti” (psiquiátricos, sistema, o todo junto) y es poco lo que pueden aportar al diálogo o los debates en salud mental. En buena medida confirman ideas y prejuicios ya establecidos, dificultando el interés por otros testimonios que nada tienen de acusatorios.

Acostumbramos ver a los pacientes como personas que reciben nuestros tratamientos. Leer en las narraciones cómo los viven y, además, lo que hacen por fuera de éstos, no suele ser fácil de aceptar (1). Ver que pueden ser expertos en sus vidas y que sobre eso saben más ellos que nosotros, los profesionales, es algo que sólo declamamos

en el plano teórico. En la práctica lo negamos casi permanentemente. Decimos con frecuencia que el saber lo tiene el paciente (o el analizante), pero nuestras prácticas habituales lo desmienten: les interpretamos lo que les pasa (e, inclusive, cualquier producción que pudiera realizar es pasada por el tamiz de nuestro ojo clínico), utilizamos un lenguaje que muchas veces no comprenden (41), les damos muchas más indicaciones que explicaciones de qué haremos y por qué lo haremos, y en ocasiones (no siempre justificadas) decidimos por ellos. Las narraciones, por el contrario, ponen en acto el hecho de que los narradores son “expertos por experiencia” (42, 43) y no necesitan de nosotros para “establecer su texto”. Nos enseñan otra mirada acerca de en qué consiste vivir con un padecimiento mental, en qué consiste recuperarse de él y cuáles son las dimensiones que cada uno rescata como las más importantes para la recuperación personal.

Recomendaciones finales

El recorrido que va de Schreber a las vidas de tantos otros que se recuperaron es el que nos aguarda. Las diferencias entre uno y otro son las que marcan la distancia entre las narrativas de la enfermedad con las que hemos aprendido y las de la recuperación que, si bien existen desde hace siglos, recién ahora les prestamos atención. En última instancia, nos toca aprender a identificar y cuidarnos de mensajes, prácticas y políticas que reducen las esperanzas de quienes viven con padecimientos mentales, contribuyen a su desesperación, promueven la dependencia innecesaria y refuerzan la discapacidad (29). Se nos impone, también, que hay otras formas de narrar, de comprender y de vivir los padecimientos mentales más allá de cómo los hemos descripto, analizado y teorizado profesionalmente (44).

Para poder luchar contra “la ilusión del clínico” (45), la visión pesimista respecto de los resultados de personas con determinados diagnósticos en función del sesgo en nuestra práctica habitual, y contra una concepción estática y definitiva de la cronicidad (34), necesitamos leer estas narrativas y es importante que quienes se recuperan, también, las escriban. Solo así cobrará sentido para los profesionales de la salud mental qué es y cómo es posible la recuperación de personas con padecimiento mental. En particular en habla hispana, este es un camino incipiente y los testimonios –casi exclusivamente de España– son una deuda que los profesionales podríamos ayudar a saldar por medio de nuestro aliento a su producción e interés por aprender de ellos. Tal vez podamos colaborar en que las producciones no necesiten ser anónimas –como tantas referenciadas en este trabajo. Este podría ser un indicador de que estas narrativas hubieran sido un aporte para disminuir el estigma que pesa sobre quienes tienen trastornos mentales y que los profesionales hubiéramos contribuido a dicha causa ■

Referencias bibliográficas

1. Leete E. How I perceive and manage my illness. *Schizophr Bull* 1989; 15 (2): 197-200.
2. Schizophrenia Bulletin Editors. First person accounts. *Schizophr Bull* 1979; 5 (4): 631.
3. Hornstein GA. Bibliography of first-person narratives of madness in English [Internet]. 2011. Available from: http://www.gailhornstein.com/files/Bibliography_of_First_Person_Narratives_of_Madness_5th_edition.pdf.
4. Karlsson LB, Malmqvist A. First person account. "Poetry in Yarn" - Making sense of life experiences in the shadow of schizophrenia. *Schizophr Bull* 2013; 39 (4): 732-6.
5. Nagel T. What is it like to be a bat? *Philosophical Rev* 1974; 83 (4): 435-50.
6. Strauss JS. Subjective experiences of schizophrenia: Toward a new dynamic psychiatry-II. *Schizophr Bull* 1989; 15 (2): 179-87.
7. Agrest M. La participación de los usuarios en los servicios de Salud Mental. *Vertex* 2011; 22 (100), 409-18.
8. Davidson L. Us and them. *Psychiatr Serv* 2001; (52) 12, 1579-80.
9. Altenberger I, Mackay R. What matters with personal narratives? Scotland: Robert Gordon University; 2008.
10. Loveland D, Randall KW, Corrigan PW. Research methods for exploring and assessing recovery. En: Ralph R, Corrigan P, editors. *Recovery in Mental Illness* (pp. 19-59). Washington, DC: American Psychological Association; 2005.
11. Freud S. Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente. Obras Completas. Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu; 1980.
12. Anonymous. First person account: The problem of living with schizophrenia. *Schizophr Bull* 1981; 7 (1): 196-7.
13. Deegan P. Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehab J* 1988; 11 (4): 11-9.
14. Houghton J. First person account: Maintaining mental health in a turbulent world. *Schizophr Bull* 1982; 8 (3): 548-53.
15. West C. First person account. Powerful choices: Peer support and individualized medication self-determination. *Schizophr Bull* 2011; 37(3): 445-50.
16. Anthony W. Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehab J* 1993; 16 (4): 11-23.
17. Cohen BMZ. Mental health user narratives. New perspectives on illness and recovery. New York, NY: Palgrave Macmillan; 2008.
18. Davidson L, Sells D, Sangster S, O'Connell M. Qualitative studies of recovery: what can we learn from the person? En: Ralph R, Corrigan P, editors. *Recovery in mental illness*. Washington, DC: American Psychological Association; 2005. p. 147-70.
19. Ralph R, Corrigan P. *Recovery in mental illness: broadening our understanding of wellness*. Washington, DC: American Psychological Association.
20. Reina A. First person account: Faith within atheism. *Schizophr Bull* 2014; 40 (4): 719-20.
21. Kleinman A. *What really matters*. New York, NY: Oxford University Press; 2006.
22. Kleinman A. *Illness narratives. Suffering, healing and the human condition*. New York, NY: Basic Books; 1988.
23. Gergen K. *Realities and relationships: soundings in social constructionism*. Harvard: Harvard University Press; 1994.
24. Anderson H, Goolishian H. Human systems as linguistic systems: preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Fam Process* 1988; 27 (4): 371-93.
25. Anonymous. First person account: after the funny farm. *Schizophr Bull* 1980; 6 (3): 544-7.
26. Bowden W. First person account: the onset of paranoia. *Schizophr Bull* 1993; 19 (1): 165-7.
27. Anonymous. First person account: the end of two roads. *Schizophr Bull* 1997; 23 (1): 163-4.
28. Agrest M, Stastny P. Apoyo de pares: experiencias y perspectivas internacionales. *Vertex* 2013; 24 (112): 410-6.
29. Ridgway P. Restorying psychiatric disability: learning from first person recovery narratives. *Psychiatr Rehab J* 2001; 24 (4): 335-43.
30. Shooter M. What my diagnosis means to me. *J Ment Health* 2010; 19(4): 366-8.
31. Vonnegut M. Personal Reflections on Diagnosis. *J Ment Health* 2010; 19 (4): 373-5.
32. Frese FJ. On the impact of being diagnosed with schizophrenia. *J Ment Health* 2010; 19 (4): 376-8.
33. Lovejoy M. Expectations and the recovery process. *Schizophr Bull* 1982; 8 (4): 605-9.
34. Peterson R. What are the needs of chronic mental patients? *Schizophr Bull* 1982; 8 (4): 610-6.
35. Anonymous. First person account: how I've managed chronic mental illness. *Schizophr Bull* 1989; 15 (4): 635-40.
36. Estroff S. Self, identity, and subjective experiences of schizophrenia: in search of the subject. *Schizophr Bull* 1989; 15 (2): 189-96.
37. Cruwys T, Guneseelan S. "Depression is who I am": mental illness identity, stigma and wellbeing. *J Affect Disord* 2016; 189: 36-42.
38. Goffman E. *Asylums: the social situation of mental patients and other inmates*. NY: Anchor Books; 1961.
39. Barrett RJ. Clinical writing and the documentary construction of schizophrenia. *Cult Med Psychiatry* 1988; 12, 265-99.
40. Frese FJ, Knight E, Saks E. Recovery from schizophrenia: with views of psychiatrists, psychologists and other diagnosed with this disorder. *Schizophr Bull* 2009; 35 (2): 370-80.
41. Pegg H. A Service User's Perspective - Further Reflections. [Internet]. 2003. Available from: <http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Hilary%20Pegg%201.11.03%20%20A%20Service%20Users%20Perspective%20%20Further%20Reflections.pdf>.
42. Basset T, Stickley T. *Voices of experience*. Oxford: Wiley-Blackwell Ed; 2010.
43. Borkman T. Experiential knowledge: a new concept for the analysis of self-help groups. *Soc Serv Rev* 1976; 50 (3): 445-56.
44. Adame AL, Knudson R. Beyond the counter-narrative: exploring alternative narratives of recovery from the psychiatric survivor movement. *Narrat Inq* 2007; 17 (2): 157-78.
45. Cohen P, Cohen J. The clinician's illusion. *Arch Gen Psych* 1984; 41: 1178-82.

Enseñar y aprender habilidades narrativas con profesionales de la salud. El cultivo de sentidos y posibilidades

Silvia Carrió

*Licenciada en Psicopedagogía
Magíster en Psicología Cognitiva y Aprendizaje
Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires - Departamento de Educación
E-mail: silvia.carrio@hospitalitaliano.org.ar*

La educación no consiste en llenar un cántaro sino en encender un fuego.

W.B. Yeats

Esto es esto, esto también es aquello.

Chuang Dzu

Introducción

Desde hace algunos años, después de conocernos como médico y paciente, participamos con Jorge Janson en la generación de actividades de formación en habilidades narrativas con profesionales de la salud. Intentamos, desde nuestra perspectiva, contribuir a un modelo de atención centrado en la relación, poniendo el foco en el intercambio y construcción de historias. Poner el foco en el lenguaje del encuentro, en el “entre” –ni en el profesional ni en el paciente– y no buscar resultados previstos de antemano implica un desafío para la mayoría de nosotros, provenientes de campos disciplinares especializados que privilegian una mirada sobre el indi-

Resumen

La educación para la comunicación en el encuentro con pacientes y colegas suele estar ausente en las carreras de formación del campo de la salud. El siguiente artículo relata algunas experiencias, logros e interrogantes surgidos en actividades de enseñanza y aprendizaje de habilidades narrativas. Estas propuestas pretenden aportar, desde un enfoque colaborativo dialógico, a la disolución de una perspectiva binaria para facilitar procesos de comprensión y construcción de significados y posibilidades.

Palabras clave: Comunicación - Relación médico-paciente - Construcción de significados - Narrativa.

TEACHING AND LEARNING NARRATIVES SKILLS WITH HEALTH PROFESSIONALS. THE CULTIVATION OF SENSES AND POSSIBILITIES

Abstract

Education for communication in the encounter between patients and colleagues is often absent in the curricula of careers related to the field of health. This article draws on some experiences, achievements and questions raised during teaching and learning activities on narrative skills. From a collaborative and dialogic perspective, these proposals aim to contribute to the dissolution of a binary perspective and to facilitate processes of understanding and construction of meanings and possibilities.

Keywords: Communication - Doctor-patient relation - Construction of meanings - Narrative.

viduo. Nuestra educación profesional nos acostumbró, en gran medida, a un modo de pensar lineal, causal, lógico, analítico; a utilizar definiciones y categorías universales, tendientes a identificar, clasificar y cuantificar esencias, deficiencias y anomalías. Durante nuestra formación aprendemos un vocabulario que parece describir las cosas como son, de manera estable, un pensamiento dicotómico basado en el principio de no contradicción, una práctica protocolizada, con pasos y reglas que, cada vez más, sentimos como ineficaces para comprender al otro y a nosotros mismos, en relación.

En ese contexto, la expectativa más frecuente de quienes se acercan a nuestros cursos y talleres es la de contar con herramientas para mejorar la comunicación con pacientes y colegas. ¿Qué pasaría si cambiáramos de enfoque y de metáfora? ¿Qué sucedería si ellos experimentaran en carne propia una postura narrativa reflexiva, situada, orientada a la simultaneidad y a la comprensión y generación de sentidos?

En este artículo me propongo compartir algunas de las experiencias, logros e interrogantes de estos años con la intención de favorecer un intercambio y seguir reflexionando.

La ilusión de lo claro y distinto

La lengua genera distinciones. En Occidente, las disciplinas de la salud se han caracterizado por la separación sujeto-objeto proveniente de la distinción del siglo XVII entre lenguaje literal y figurado. El sentido literal es objetivo, perteneciente al objeto; el sentido figurado es subjetivo, perteneciente al sujeto cuando describe el objeto. Como sostiene Kuriyama (1), la premisa de no mezclar “hechos” y “percepciones” es una distinción que surge de presuponer la existencia de cualidades ya dadas, ahí afuera, esperando ser percibidas.

Desde esa mirada, el esfuerzo ha sido intentar que el lenguaje nos ayude a no ser afectados, para captar o descubrir aquello preexistente, verdadero, absoluto. Para salir de esa ilusión, como plantea Bruner (2), parece indispensable aceptar que lo que conocemos es “siempre relativo a alguna perspectiva”.

Ser relativo, poner en relación y relatar parecen estar asociados. Al diseñar nuestro primer curso pensamos en la importancia de reconocer nuestra postura y perspectiva para encontrar el tono, nuestro tono. ¿Qué queríamos hacer? Parte de lo que leíamos sobre la relación médico-paciente nos interesaba, pero algo también nos alejaba: algunos textos tenían un dejo moralizador sobre la necesidad de recuperar valores esenciales, la humanidad perdida. Los debería hacerse, no debería, tendría que... se parecían un poco al discurso que tenemos las personas cuando estamos encerradas en una perspectiva y creemos que el mundo, los otros, se están comportando de manera equivocada. Tal vez no faltaba humanidad en la atención de los pacientes. Tal vez estábamos atrapados en una discusión entre dos concepciones de la naturaleza humana: una “romántica”, nostálgica, y otra “modernista” que sobrevalora el poder de la razón y la observación (3). Tal vez podíamos abrir otra puerta y

enfocarnos en las conversaciones que producen posibilidades. Nuestro primer giro entonces, en vez de predicar que nuestros alumnos debían hacer algo que no hacían (ser empáticos, compasivos, escuchar, no interrumpir, etc.), fue salir de esas opciones aprovechando un rasgo central de nuestra humanidad: nuestra especie es narrativa, nos encantan las historias, vivimos vidas contadas. Nuestros relatos nos permiten hacer memorable la experiencia, juegan un papel fundamental en nuestra vida común en la co-construcción y negociación de significados y posibilidades.

Reconocer la influencia de nuestro enfoque en la configuración de cómo son las cosas en el mundo nos permite reconfigurar lo que parece separado y las líneas divisorias que fragmentan lo posible. ¿Y si los límites, como en cualquier categoría, no fueran tan precisos y hablaran más de nuestras concepciones que de las cosas que distinguen?

“Si me pongo en su lugar, ¿quién se pone en el mío?”

Una vez un médico nos planteó lo que para él era el gran problema de la empatía: en una relación con dos roles fijos, ¿cómo ayudar si uno abandona su lugar?

Heredamos de los griegos un mundo dicotómico. Los griegos creían que había dos modos de estar en el mundo: Apolo era el dios de la luz, la racionalidad, la coherencia, la norma, el orden, la medida, el equilibrio. Dionisio, en cambio, representaba la noche, la pasión, la embriaguez, el desenfreno, la contradicción, el caos, el instinto, el misterio.

Una de las características de nuestra humanidad, en nuestro medio, es creer que actuamos mejor guiados por nuestro pensamiento lógico racional. Una perspectiva dualista obliga a elegir: científico o intuitivo, realidad o ficción, control o impotencia, conocimiento objetivo o ignorancia, eficacia o ineficacia. Una lógica binaria no reconoce matices y todo el continuo existente entre un polo y otro queda invisibilizado. Berman (4) nos acerca un ejemplo: en las sociedades recolectoras, la categoría “plantas” permite que cada una conserve sus características únicas, interesantes. En las sociedades agrícolas las plantas se clasifican en comestibles y no comestibles. ¿Cómo clasificar lo que no es ni lo uno ni lo otro? ¿O lo que tiene ambas posibilidades, o lo que está en transformación?

Tal vez, para comprender y propiciar transformaciones convenga explorar otro modelo de eficacia; el de una lógica de proceso, dirá Jullien (5), que evoluciona en la interacción de los polos, opuestos y complementarios, sin forzar un resultado y cuyo efecto no proviene de afuera sino de las condiciones del potencial de la situación.

En una conversación dialógica, los opuestos pueden coexistir, los significados son locales, no pueden preverse, no existe ninguna forma correcta o incorrecta independiente de cada perspectiva. Para que puedan generarse nuevas posibilidades dentro de la conversación nos enfocamos en las posibilidades creativas del lenguaje. Nos asumimos como seres interpretantes, no intentamos

controlar o eliminar la conversación interior sino escucharla en simultáneo, junto con la que estamos manteniendo porque, como sostiene Anderson (6) citando a Gadamer, ser parte del “círculo de significación” para apreciar y co-construir el significado de “algo” no requiere objetividad ni neutralidad.

Según Morin (7), la comprensión hacia los demás no tiene lugar en nuestra educación y necesita la conciencia de la complejidad humana: reconocer el entramado de nuestras perspectivas es, para nosotros, el modo de participar de la complejidad, de ser parte de lo que está tejido junto.

Una cucharada de la propia medicina

Algunos profesionales llegan a nuestros cursos buscando herramientas para mejorar la comunicación con los pacientes o la redacción de sus historias clínicas, otros esperan un taller literario o aprender a contar cuentos. ¿Cómo disolver con delicadeza certidumbres y fronteras para que puedan experimentar la potencia de un lenguaje de proceso? Nuestra propuesta es que nuestra narratividad implica una postura de curiosidad, un “no saber” que permite otras miradas y metáforas, la capacidad de hacer conexiones, presencia, acompañamiento, aceptación, diálogos genuinos, preguntas abiertas, nuevos significados.

En *Educación puerta de la cultura*, Bruner (8) propone: “Todo lo que uno puede hacer por un aprendiz en ruta hacia la formación de una perspectiva propia es ayudarlo y animarle en su propio viaje”. Un enfoque muy distinto al del modelo educativo de normalización (9), surgido de la Revolución Industrial según las necesidades de la división del trabajo para la producción en serie, destinado a formar individuos separados, que privilegia el trabajo académico y competitivo, desestimando la singularidad, la expresión personal y creativa, la comunicación y la colaboración.

El conocimiento pretendidamente objetivo no es el único posible para comprender nuestra existencia. Según Najmanovich (10), es tan solo “un modo humano, entre muchos otros, de experimentar el mundo”. Si queríamos facilitar otros modos de conocer y comprender, el desafío era hacerlo nosotros mismos, desde el comienzo. Imaginamos un curso como un viaje no lineal entre polos aparentemente opuestos que permitiera desplegar y moverse por un arco de posibilidades, enfocar distintas facetas, apreciar los matices y transformaciones entre uno y otro extremo. Un curso para volver a ligarnos a la trama de lo complejo, disfrutar de las paradojas, conectar lo fragmentado, des-aprender un enfoque y deshacer una impostura, reflexionar sobre la actitud del experto, revisar el modelo tradicional de eficacia asociado a la objetividad y control, el rol profesional, reconocer los efectos de las perspectivas, desplegar lo que está plegado, lo todavía no dicho (6) o no pensado. Hablar de lo que se da por des-contado: redefinir los términos, expandirlos, jugar con sus múltiples significados y el límite de las disyunciones.

Para Najmanovich, las explicaciones lineales causales surgen de una concepción mecánica y determinista del

mundo de la que se excluyen “las cualidades, los vínculos, los intercambios recíprocos, las influencias sincrónicas”. Buscando implicar, más que explicar, pensamos para cada encuentro una estructura holográfica, que en lugar de hablar del poder de las metáforas las pusiera en acción y desplegara el mundo que venía con ellas. Confiados en que los relatos se interpretan y no son juzgados, como dice Bruner (11), por su verificabilidad sino por su “parecido con la vida”, diseñamos un proceso en espiral, que vuelve a pasar por los mismos temas, con otra mirada buscando más sentidos y comprensiones.

Inspirados en Carl Rogers (12), proponemos ejercicios, actividades, lecturas y conversaciones para que cada uno dé el paso que necesita, hacia adelante, hacia atrás, hacia el espacio de posibilidades. Cada uno tiene sus enfoques, estrategias y capacidades. Partimos de la confianza en que todos son capaces de tomar del curso lo que necesiten para ligar estas experiencias de un modo personal y lograr un “aprendizaje significativo”. Nuestro papel es el de facilitadores disponibles que aceptan que el otro es el que sabe lo que le interesa, que tiene libertad para autodirigir su aprendizaje, e intentamos comprender, desde adentro de la relación, el proceso personal e irrepetible de cada uno.

Cada uno de nosotros, docentes y alumnos, tenemos la responsabilidad de hacer conexiones que vuelvan interesante la experiencia. No es una preparación para otro momento: es aquí, ahora, con nosotros. Tomamos las evaluaciones y devoluciones como ejemplos de intervenciones posibles: intentamos no hacer juicios o poner etiquetas, preguntamos más, subrayamos o expandimos algunas de sus palabras o expresiones para ligarlas a otra imagen, incluirlas en otro contexto, darles un giro nuevo.

Proponemos experimentar la diferencia entre concebir los relatos como herramientas del profesional o como recursos de la relación: contar una historia a es una habilidad diferente a con-versar y generar relatos con otro. Si, como propone Fruggeri (13), la dirección del cambio no está prefijada de manera unilateral por el profesional, sin buscar un resultado, se pierde el control de la eficacia de las herramientas técnicas. Lo creativo generativo en cada momento en cada encuentro sucede en cada ahora y no puede ser planificado.

Para explorar las posibilidades que se generan en el lenguaje proponemos ejercicios que permiten ver los efectos de las perspectivas, las historias que surgen desde esas miradas. Una perspectiva no dualista no reemplaza un concepto por su opuesto. Para Jullien (14), el sabio teme anteponer una idea a las demás, las mantiene como igualmente posibles porque sabe que al establecer (hacer estable, dejar fija) una, hace retroceder a las otras. Se guarda de apartar nada, de tirar solo de un hilo de la madeja así se despliegan todos, permitiendo que “coexistan armoniosamente todos los aspectos de la situación, por diversos que sean”. Tener todo abierto permite la complejidad de la totalidad de los procesos en curso. Al adoptar una posición, se genera un punto de vista, una parcialización de la perspectiva. Lo contrario de la parcialidad surge de no polarizar y apreciar lo que está en proceso, la continuidad de todo en la naturaleza. El “jus-

to medio" en la tradición china, a diferencia de la griega, "no se trata de pararse a mitad de camino sino de pasar igualmente de lo uno a lo otro, de ser capaz de lo uno tanto como de lo otro", sin estancarse en ningún lado.

Los relatos más potentes son abiertos, algo incier- tos, pueden ser interpretados de diferentes maneras, no pretenden aleccionar sino, como dice Jullien acerca del dicho de sabiduría, "dar que pensar": como no se explica lo que debemos entender, el único recurso que nos queda es despertar nuestra capacidad de darle senti- do por nosotros mismos.

Lo más fértil de nuestras actividades no está en las lecturas ni en los ejercicios, está en las posibilidades que se generan en el encuentro entre nosotros, nuestras propuestas y los alumnos. En lo que podemos aprender unos de otros, con otros, acerca de nosotros.

¿De qué se trata esta historia?

Luego de la lectura de un cuento corto, uno de nues- tros ejercicios consiste en pedirles a los participantes que respondan por escrito a la pregunta "¿De qué se trata esta historia?". Con frecuencia, hacen una síntesis del argu- mento o explican su moraleja o enseñanza. La expresión "se trata", tan frecuente, contiene el supuesto de que la historia en sí puede tener una esencia independiente de nosotros, un significado previo, universal, a ser captado, des- cubierto. Ese "se", neutral, impersonal, se apoya en la creencia de los significados únicos. Volvemos a pre- guntar: "¿De qué se trata esta historia? ¿Cuál es el eco en tu vida, cuál es tu significado?". Y de a poco alguien se anima a decir: "Para mí se trata de... y otro dice: "Es la historia de mi vida", y otro dice: "Sí, y también...". Y podemos empezar a reconocer que los significados no son verdades excluyentes, que todo lo dicho es dicho por alguien, que la pretensión de describir el mundo como si estuviéramos separados, independientemente del obser- vador que somos, es imposible.

Ningún relato puede interpretarse en un solo nivel. Bruner (11), siguiendo a Jakobson, señala que todo signi- ficado es una traducción y que la traducción múltiple o polisemia es la regla y no la excepción. ¿Qué quiere decir esta palabra? ¿De qué se trata esta historia? ¿A qué clase pertenece? Poder interpretar simultáneamente un texto de diversas maneras permite disolver los opuestos excluyentes de las dicotomías: la conjunción ya no es o... o, sino y.

En nuestros cursos proponemos actividades para "des- pertar" y generar nuevas reflexiones: compartimos poesías y relatos, los invitamos a escribir sobre sus experiencias, sobre imágenes, sobre historias, a conectar las lecturas con sus propios recuerdos y vivencias, a explorar supuestos y sorpresas. En los encuentros presenciales planteamos ejercicios de escucha y acompañamiento, anticipación y completamiento de las historias de los otros, juegos con palabras, actividades individuales, en parejas y grupales, para la evocación y generación de historias. Uno de nuestros descubrimientos más interesantes se relaciona con el "incumplimiento" de nuestras consignas. Aprendimos que, por mucho que nos esforzáramos por clari- ficar nuestras propuestas, la interpretación personal de

las consignas es parte del juego narrativo y la muestra genuina, no buscada, de la riqueza de sentidos y posibi- lidades del lenguaje.

Cada ejercicio es una invitación a salir de los estados fijos y volver a los procesos, a crear nuevos significados, a incluir una dimensión temporal, de movimiento. Un "estar siendo" en un tiempo propicio, oportuno, para que los eventos separados y congelados puedan ser re-en- hebrados en el ahora, con la vitalidad de un presente de posibilidades infinitas, un momento único, inédito, de creación y florecimiento, un descanso, una maduración, un latido, una alternancia, un ciclo que se renueva, la posibilidad de otro comienzo.

Nuestra narratividad nos permite resonar, ser afecta- dos y vibrar a la par, imaginar posibilidades, movernos a través de significados, sin ignorar la ambivalencia, disol- viendo un sentido, redefiniendo límites, amplificando un detalle, restaurando el todo, integrándonos desde nosotros, inventando un modo en el que lo que fue excluido confluya y se encadene. La dimensión recíproca del encuentro narrativo disuelve la dicotomía sujeto-ob- jeto, ¿dónde está el significado? Esa es la potencia del lenguaje: a veces podemos conjurar hechizos, acompasar con otro en un lenguaje poético, delicado, que no expli- ca, que no aprieta, que no es obvio, que no cierra.

Algunas conclusiones

Sentimos que el imperativo de la recuperación de la humanidad que parece que tuvieron otros, antes que nosotros, tiene una connotación moral que hace difícil encarnar ese "deber" en la propia vida. Parecería que por ese camino sólo agregáramos una nueva exigencia.

Mientras sigamos separados de nuestras creaciones, buscando allí afuera lo objetivo y verdadero, será difícil reflexionar acerca de qué consideramos "humanidad" en medicina. El lenguaje también crea realidades, la for- mación tradicional pretende controlar la subjetividad, ubicando lo existente en clasificaciones y categorías con límites precisos. Otro modelo de atención, sensible a la relación, permitiría la co-creación de sentidos, integran- do hechos aislados en un todo significativo. La manera de despertar la fuerza vital de la tensión e integración de los opuestos y evitar que los pensamientos y sus cate- gorías definan universalmente situaciones únicas sería pre- star atención, estar presentes participando desde adentro de las conversaciones.

Pensamos que lo más importante de una historia no es su "enseñanza" sino su capacidad de generar otra his- toria. El cultivo de las habilidades narrativas facilita salir del enfoque habitual, volver a poner en movimiento cer- tezas y abrir una puerta a lo posible. Se nutre de ambi- güedades, paradojas, tonos y matices, múltiples niveles y metáforas, jugando con la polisemia del lenguaje, des- de distintas voces y perspectivas. Nuestras propuestas buscan poner la narración de historias en el centro del encuentro entre el profesional y el paciente para encon- trar juntos más sentidos y posibilidades.

Para posibilitar esa experiencia, adoptamos nosotros una posición de "no saber" partiendo de la confianza

en que esa apertura traerá, eventualmente, un mundo más rico. Nuestros alumnos hacen nuevas conexiones entre textos, emociones, pensamientos y experiencias, algunos nos cuentan que volvieron a escribir, a dibujar, a conectarse con recursos personales y creativos, que a través de sus interpretaciones se conocieron más a sí mismos, que creen haber recuperado el rumbo de su vocación y traen a cuento historias de pacientes con los que vivieron momentos imborrables, se animan a imaginar qué pasaría si corrieran el riesgo de adoptar esta postura en sus consultorios.

Muy lindo todo, pero...

Para algunos no es fácil tanta apertura, aceptar que las historias no son en sí ni verdaderas ni falsas, y no se escuchan sin ser interpretadas, intervenidas, modificadas, construidas, reconstruidas, co-laboradas. A veces

sucede que algún participante no encuentra lo que esperaba: una definición más precisa, una demostración de aplicación, una indicación, una sistemática de uso, una lista de cotejo, un catálogo de relatos para tal o cual situación. El repertorio habitual de frases automáticas entra en crisis, los significados personales no pueden medirse, no son claros y distintos. La indeterminación y apertura genera incertidumbre, inseguridad y desconfianza. Acceder a "espacios de no saber", concebir otro modo de conocer habilitando en simultáneo lo imaginativo, metafórico, intuitivo y dionisiaco de cada uno, para vincularse desde otro lugar en la consulta, sin jerarquías, necesita un contexto que permita dudar de lo que habitualmente consideramos "eficacia". Reconciliar mundos puede requerir para algunos un mayor andamiaje. Nos preguntamos todavía adentro de qué historia podríamos seguir conversando con ellos ■

Referencias bibliográficas

1. Kuriyama S. La expresividad del cuerpo y la divergencia de la medicina griega y china. Madrid: Siruela; 2005.
2. Bruner J. Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva. Madrid: Alianza Editorial; 1991.
3. Gergen K. El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo. Barcelona: Paidós; 2006.
4. Berman M. Cuerpo y espíritu. Santiago de Chile: Cuatro Vientos; 1996.
5. Jullien F. Tratado de la eficacia. La inteligencia de hacer posible lo que parece inalcanzable. Buenos Aires: Perfil; 1999.
6. Anderson H. Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia. Buenos Aires: Amorrortu; 2012.
7. Morin E. Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. Buenos Aires: Nueva Visión; 2001.
8. Bruner J. La educación, puerta de la cultura. Madrid: Visor; 1997.
9. Robinson K. Escuelas creativas. La revolución que está transformando la educación. Buenos Aires: Grijalbo; 2015.
10. Najmanovich D. El mito de la objetividad. La construcción colectiva de la experiencia 1. Buenos Aires: Biblos; 2016.
11. Bruner J. Realidad mental y mundos posibles. Los actos de imaginación que dan sentido a la experiencia. Barcelona: Gedisa; 1988.
12. Rogers C. Libertad y creatividad en la educación. Buenos Aires: Paidós; 1978.
13. Fruggeri L. El proceso terapéutico como construcción social. En: Mc Namee S, Gergen K. La terapia como construcción social. Barcelona: Paidós; 1996. p. 62-74.
14. Jullien F. Un sabio no tiene ideas. Madrid: Siruela; 2001.

El diario de formación como estrategia para la reflexión sobre la práctica en la formación inicial y continua de los especialistas en Salud Mental

Lic. Elizabeth Gothelf

*Lic. y Prof. en Ciencias de la Educación (UBA)
Narradora Oral
E-mail: eligothelf.narra@gmail.com*

Dr. Hugo Carroll

*Médico Especialista en Psiquiatría
Prof. Titular Regular de Clínica Psiquiátrica en Carrera Metropolitana de APSA
Director del Curso Superior en Psiquiatría de APSA en Colegio Médico de la Pcia. de Bs. As. Distrito V
Especialista en Docencia Universitaria*

Introducción

“30 de junio
Doctor Yalom

En general siento que he desperdiciado una hora y que Gini, supongo, ha desperdiciado varias horas. Tarda tres o cuatro horas entre el viaje de ómnibus y la caminata de ida y vuelta a la terminal. Aunque, por supuesto, yo trato de racionalizar mi sensación de tiempo perdido. ¿Qué les digo a los estudiantes? Ah, sí, es tiempo pasado en “enderezar” la relación. La terapia es un lento proyec-

to de construcción que requiere meses y años, y no es posible esperar algo tangible de cada hora. Hay horas de frustración que el terapeuta y el paciente deben soportar juntos. Si el terapeuta requiere y espera gratificación personal de cada hora de terapia, o bien se enloquecerá, o entrará en un programa acelerado de terapia. El terapeuta maduro avanza deliberada y pacientemente. Eso es lo que les digo a mis estudiantes y eso es lo que me digo a mí mismo hoy. Pero hay momentos en que es difícil mantener la fe.” (1).

Resumen

Este artículo presenta el Diario de Formación como una estrategia para la capacitación profesional en el marco de la práctica reflexiva, en la medida en que constituye un dispositivo que permite el acceso al conocimiento a través del pensamiento narrativo, favoreciendo la estructuración de la experiencia por medio de la integración de aspectos cognitivos, afectivos y de la praxis. Este trabajo propone un diálogo necesario entre el pensamiento narrativo y el lógico científico, exponiendo los fundamentos teóricos y ofreciendo orientaciones para la implementación del Diario.

Palabras clave: Diario de formación - Escritura narrativa - Competencias en la práctica médica - Salud mental.

A TRAINING DIARY AS A STRATEGY FOR REFLECTION ABOUT PRACTICE DURING INITIAL AND CONTINUOUS TRAINING OF MENTAL HEALTH SPECIALISTS

Abstract

This article presents a Training Diary as a strategy for professional training under the framework of a thoughtful practice. As such, it is a tool that allows access to knowledge through narrative thinking, favoring the organization of experience by integrating cognitive, affective, and practical aspects. This work proposes a necessary dialogue between narrative and logical-scientific thinking, while exposing the theoretical foundations of the Diary as well as some suggestions for its implementation.

Keywords: Training Diary - Narrative writing - Competencies in medical practice - Mental health.

¿Qué es un “diario de formación”?

Elegimos comenzar este artículo compartiendo un fragmento de un libro del Dr. Irvin Yalom, profesor de psiquiatría en la Universidad de Stanford, en el que registra situaciones, sensaciones y reflexiones en forma narrativa después de cada sesión con una paciente, porque esta cita ilustra de un modo sintético el dispositivo que nos proponemos presentar y nos muestra que escribir un “diario de formación” se parece en algún sentido a escribir un diario íntimo o un diario de viaje, en la medida en que permite reflejar la experiencia subjetiva de quien escribe. Pero no sólo es una catarsis o un registro, ya que el autor se convierte luego en lector de su propia historia, de su pensamiento objetivado, de su emoción olvidada y allí se reconoce, se redescubre o se da cuenta de algo nuevo sobre sí mismo. El diario que en primera instancia es personal puede luego convertirse en un documento público que permite intercambiar miradas sobre una situación, chequear percepciones, confrontar ideas, reflexionar en un espacio compartido.

Probablemente alguna vez también usted ha intentado escribir un diario referido a su vida personal o leyó un diario de algún personaje famoso que luego se convirtió en obra literaria, o escuchó hablar de bitácoras y crónicas de viaje, o simplemente lleva una agenda, que le recuerda lo que hará y lo que ha hecho, en la que a veces anota algo más que el horario de una cita. Es posible que estas anotaciones, más o menos sistemáticas pero periódicas, le permitan relatar algún acontecimiento, sensación, emoción o pensamiento que le haya impactado en un día particular y/o tener una colección de registros que le devuelven, en la lectura retrospectiva, una imagen y una posibilidad de toma de conciencia.

En el campo de las ciencias sociales y humanas, los especialistas definen los diarios como documentos personales que permiten registrar el flujo de acontecimientos cotidianos públicos y privados, en forma contemporánea, desde la perspectiva subjetiva del “diarista” (2). Y ya en el ámbito pedagógico hallamos la siguiente definición: “El diario es un instrumento metodológico cuya utilización periódica permite reflejar el punto de vista del autor sobre los procesos más significativos en los que está inmerso. Es una guía para la reflexión sobre la práctica, favoreciendo la toma de conciencia sobre el proceso de evolución (del profesional en formación) y sobre sus modelos de referencia. Favorece también el establecimiento de conexiones significativas entre conocimiento práctico y conocimiento disciplinar, lo que permite una toma de decisiones más fundamentada. A través del diario se pueden realizar focalizaciones sucesivas en la problemática que se aborda sin perder las referencias del contexto. Por último, propicia también el desarrollo de los niveles descriptivo, analítico-explicativos y valorativos del proceso de investigación y reflexión (sobre la práctica).” (3).

Es posible también considerar el diario de formación como un documento autobiográfico. Al respecto, J.M. de Miguel expresa que las autobiografías son formas de representar y a la vez reconstruir la vida individual, en la medida

en que permiten la interpretación de un suceso desde un momento posterior a la experiencia vivida (4). Siguiendo a este autor, podemos pensar las autobiografías como “espejos” y “ventanas”. Si extendemos la metáfora para aplicarla al diario, podríamos decir que el mismo es “espejo” para el autor y “ventana” para otros lectores. Tanto un espejo como una ventana nos permiten observar un recorte, una imagen contenida en los límites de sus marcos. Y el diario, cuando se centra en un momento particular de la vida o en un aspecto específico, nos permite conocer y reflexionar sobre un aspecto particular de la experiencia vital de la persona y su entorno.

El “diario de formación” puede encuadrarse así en la categoría de autobiografía parcial y, específicamente, en la de autobiografía ocupacional o profesional. Pero ¿qué rasgo particular presenta un diario de formación, qué lo hace diferente de una autobiografía? Podríamos responder, siguiendo a R. Barbier, la “itinerancia”, entendida como “... el recorrido estructural de una existencia concreta tal como se manifiesta, poco a poco, y de modo inacabado, en el entrecruzamiento de los diversos itinerarios recorridos por una persona o un grupo” (5).

Para concluir esta breve descripción, cabe agregar que el diario es, además, un instrumento para el desarrollo del pensamiento narrativo que se caracteriza por presentar la experiencia concreta humana como una descripción de las intenciones, mediante una secuencia de eventos en tiempos y lugares, en donde los relatos son los medios privilegiados de conocimiento, de manera más personalizada, individual e ideográfica, en contraposición con el modo paradigmático de conocer y pensar, de acuerdo con la tradición lógico-científica heredada, de manera nomotética, intentando comprender leyes generales que se pueden aplicar a muchas personas diferentes y que se expresan en un conocimiento proposicional, normado por reglas, máximas o principios prescriptivos (6). Los intentos de reducir una modalidad a la otra o de ignorar una a expensas de la otra hacen perder inevitablemente la rica diversidad y complejidad del pensamiento.

¿Por qué escribir un diario de formación?

Hasta aquí hemos expuesto una definición del dispositivo, pero seguramente usted se estará preguntando: ¿para qué sirve el diario de formación?, ¿qué puedo aprender escribiéndolo?, ¿vale la pena el esfuerzo y el trabajo que implica? Intentaremos responder a estos interrogantes fundamentando el diario como estrategia de formación profesional desde distintos enfoques: a) la relación entre el diario y la dimensión personal de la práctica profesional; b) el valor de la escritura; y c) la identidad narrativa en la construcción de la identidad profesional.

La relación entre el diario y la dimensión personal de la práctica profesional

En su práctica profesional, un especialista del campo de la salud es capaz de intervenir científicamente en la promoción de la salud mental, en la prevención, diag-

nóstico y tratamiento de los trastornos mentales considerando a la persona en sus dimensiones biológica, psicológica, sociológica y cultural. Pero sólo lo conseguirá si logra desarrollar las competencias para desempeñarse adecuadamente en las actividades identificadas, integrando conocimientos (saberes), habilidades y destrezas (saber hacer), actitudes y comportamientos (saber estar), y valores y creencias (saber ser).

Podríamos intentar clasificar los saberes que requiere un profesional del campo de la salud a través de las siguientes categorías:

- Competencias/saberes específicos acerca del campo en el que se ha especializado: fundamentos científicos de la medicina (conocimientos médicos), habilidades clínicas (experto clínico-cuidados de salud), valores profesionales, actitudes, comportamiento y ética.

- Competencias personales e interpersonales: manejo de sí mismo respecto de los factores personales que inciden en el ejercicio del rol. Esto abarca desde conocimiento acerca del propio estilo de aprendizaje (metacognición) que influye en las competencias para el pensamiento crítico y la investigación, las formas de pensarse a sí mismos por ejemplo respecto de valores profesionales, actitudes y comportamientos, hasta las maneras de vincularse y comunicarse con otros (competencias interpersonales y comunicacionales). Analizando las instancias de su biografía que pueden haber incidido en la conformación de sus concepciones frente al mundo, la tarea, etc.).

- Competencias/saberes acerca del contexto, institucional, sociopolítico-económico: salud pública, sistemas sanitarios (desde la promoción de la salud hasta la gestión de recursos).

El desarrollo de las competencias personales e interpersonales requiere un proceso de aprendizaje diferente al que se moviliza en la adquisición de los otros tipos de saberes. Demanda una introspección, una vuelta del profesional sobre sí mismo, tanto en su formación inicial como en su formación continua.

Retornar sobre sí mismo implica interrogarse sobre las propias motivaciones, sobre el deseo que moviliza el ejercicio de la función, rol, profesión elegida. Esta interrogación, que parte de las prácticas, de las experiencias de formación concretas, de los episodios que cada sujeto protagoniza en situación, debería ser el punto de partida para el abordaje de la dimensión personal, la toma de conciencia sobre las propias angustias, deseos, miedos, relación con el poder, modos de vincularse con el saber, con los sujetos y objetos de la práctica elegida, con los colegas, etc.

El diario de formación es una estrategia adecuada para acceder a esta dimensión, ya que a partir del libre registro de sensaciones, ideas, emociones, hechos que han resultado impactantes por distintos motivos para el autor del diario, el mismo puede acceder a aspectos de sí

que se le revelan en los procesos de escritura y relectura de una realidad a través del texto elaborado.

Pero el mundo emocional consciente e inconsciente no se expresa en vacío. Se expresa a través de sus prácticas, de las estrategias que se ponen en juego, de aquellas que se descartan, de la percepción de los propios aciertos y errores concretos en la tarea. En este sentido, el trabajo de introspección que implica reconstruir la experiencia vivida en la práctica, la instancia de objetivación del pensamiento y las emociones que supone el registro escrito y el acceso a la comprensión de lo sucedido que permite la lectura del propio texto, es una vía regia para la toma de conciencia de la propia implicación personal y, al mismo tiempo, de las variables técnicas que es necesario revisar.

El valor de la escritura

James Pennebaker, psicólogo cognitivo dedicado a la clínica que ha estudiado el valor terapéutico y formativo de la escritura, nos explica que nuestra mente no puede dejar de pensar en alguna tarea que ha quedado inconclusa y es por eso que solemos soñar con la tarea o la situación, o sentir nuestra atención ocupada en ésta (7). En otras palabras, si algo queda sin resolver o se interrumpe abruptamente, adquiere para nuestra mente el estado de "inconcluso", y esto ejerce algún grado de tensión sobre nosotros mismos.

Este autor expone que, en general, las tareas o metas importantes de la vida son complejas y difíciles de resolver o completar (aquí se refiere a amar y ser amado, tener éxito profesional, económico, crear un entorno que nos permita una vida feliz, etc.). Además, a veces estas tareas o metas se ven interferidas por diferentes situaciones (un divorcio, una muerte, una crisis económica del país donde vivimos, etc.). Estas interferencias son vividas como situaciones traumáticas. Así, un trauma puede ser entendido como una interrupción en las tareas de la vida.

Además de la presión sobre nuestro aparato psíquico que ejercen las interrupciones traumáticas¹, los seres humanos tenemos necesidad de comprender el mundo que nos rodea y encontrar un sentido a los hechos en los que nos vemos involucrados.

Pennebaker sostiene que escribir sobre situaciones traumáticas nos ayuda a comprenderlas, a otorgarles sentido y a concluir simbólicamente lo que quedó interrumpido. De este modo, la escritura alivia la tensión y tiene una función catártica aun cuando no sea producida para un lector diferente del escritor, porque actúa como una "confesión".

Además, cuando una persona escribe repetidas veces sobre algo que la preocupa, va produciendo un cambio gradual de perspectiva, puede distanciarse del hecho traumático y afrontar la experiencia con menor carga

¹ Es importante aclarar aquí que con el concepto de "trauma" el autor no alude solamente a situaciones extremas. Además, la calidad de "traumática" de una situación es relativa a la percepción del sujeto de la vivencia. Así, situaciones como no llegar a tiempo a una reunión o cometer un error pueden ser vividas como traumáticas por algunas personas y como rutinarias por otras.

emocional. Esto se explica porque al traducir un fenómeno al lenguaje, se altera la manera en que el mismo se representa y permite a nuestra mente una comprensión más profunda.

Pero no sólo para elaborar traumas sirve la escritura. Según Pennebaker, la escritura es valiosa también para enfrentar situaciones nuevas y estimular la creatividad. En este sentido, el autor comenta que en el caso de una tarea de aprendizaje, escribir libremente sobre las ideas y sentimientos que despierta permite despejar la mente; expresar las ansiedades que la nueva tarea despierta, ayudarnos a adquirir y recordar información nueva, promover la solución de problemas; prepararse, a partir de la escritura libre, para encarar luego un trabajo de escritura formal.

Cuando nos enfrentamos a una tarea profesional nueva o a una nueva forma de desempeñar tareas profesionales conocidas, surgen muchos factores que nos producen ansiedad y podemos vivir como traumáticos. Expresar estas vivencias en el diario de formación es un modo de aliviar la tensión y elaborar la situación. Esto puede permitir al autor del diario disponer de energía libre para atender a la multiplicidad de factores que configuran la práctica y responder en forma más relajada a sus demandas. Agendas y diarios son instrumentos privilegiados para la escritura en el sentido aquí expuesto.

Pero la escritura no es mágica. Pennebaker advierte que en algunas ocasiones la escritura puede ser una desventaja. Para controlar el lugar que la escritura está teniendo en la propia vida y encauzarla hacia una función beneficiosa, este autor propone a los autores de diarios hacerse a sí mismos las siguientes preguntas:

- ¿Estoy utilizando la escritura como un sustituto de la acción?
- ¿Estoy haciendo de la escritura libre un ejercicio meramente intelectual en lugar de un acto de autorreflexión?
- ¿Estoy utilizando la escritura solo para protestar o quejarme sin censura?
- ¿Estoy utilizando la escritura para profundizar mi comprensión de mí mismo o para autocompadecerme y/o justificar mis acciones?

La identidad narrativa en la construcción de la identidad profesional

Para comprender las relaciones entre identidad y narración de modo que podamos pensar luego en el vínculo entre la escritura del diario de formación y la construcción de la propia identidad profesional es útil examinar el concepto de "identidad narrativa" que propone P. Ricoeur.

G. Pampillo nos explica, siguiendo el pensamiento de Ricoeur, que "... es el lenguaje donde se inscribe y deposita la experiencia humana; la búsqueda de sentido se apoya en los signos, los símbolos, los textos, para identificar la realidad de la conciencia. Los textos funcionan así como polos en ese movimiento de reflexión mediante el cual el hombre devela su identidad" (8). Y los textos narrativos en particular son aquellos que nos permiten la experiencia subjetiva del tiempo, el devenir en su doble y simultánea dimensión de continuidad y cambio.

La identidad narrativa es la que surge por la escucha de las narraciones de los otros y por nuestro propio relato acerca de nosotros mismos. Y en esos relatos se configura la experiencia de la vida en unidades de sentido, con inicio y fin; con valoraciones de lo que nos pasa y lo que somos en una misma "trama" unificada.

Pero la identidad narrativa es un puente, una mediación entre dos componentes de la identidad personal, según la interpreta. Para este autor, la identidad personal "... posee dos componentes que son irreductibles el uno al otro: la mismidad y la ipseidad. La mismidad indica la identidad de la persona en función de cómo ella es, de sus cualidades (físicas o de carácter) y la ipseidad señala el sentido según el cual alguien puede ser el mismo y seguir siéndolo a lo largo del tiempo y de los cambios que éste ocasiona..." (9).

Podríamos decir que la mismidad refiere a la persona como es ella misma y la ipseidad a un aspecto más abstracto de la personalidad que hace que sigamos siendo nosotros mismos a pesar de los cambios en nuestra forma física, carácter, circunstancias. La mismidad es un aspecto más rígido, más fijo, más referido al presente y la ipseidad solo puede captarse en la dimensión temporal, a través de nuestras acciones en contexto, en nuestra historia y en el sentido que las mismas adquieren cuando las interpretamos.

Si antes afirmamos que la narración es la estructura del lenguaje que nos permite captar nuestra experiencia subjetiva y tener conciencia de ella, la identidad narrativa que surge de nuestros relatos es la que nos permite integrar los polos de la mismidad y la ipseidad, comprendiéndonos a nosotros mismos no solo como sujetos esenciales (dimensión ontológica) que somos (respuesta al quién soy), sino y simultáneamente como sujetos "prácticos" que "hacemos" y nos reconocemos en nuestros actos (dimensión ética).

Respecto de nuestro hacer, es interesante tener en cuenta que Ricoeur concibe la narración como una actividad, y esta actividad está compuesta por tres momentos: la experiencia previa a la narración en sí (que la pre-figura), el texto (que es una configuración dinámica en tanto es una trama de acciones) y el acto de lectura. La identidad narrativa atraviesa esos tres momentos en los que se devela, se expresa y se ofrece para su interpretación.

Volviendo al vínculo entre la escritura del diario de formación y la construcción de la propia identidad profesional, a la luz de los conceptos de identidad personal y de la función de la narración en la percepción de la experiencia subjetiva a través del tiempo, podemos concluir que la construcción de un diario de formación puede ayudar al profesional que lo escribe a interpretar los acontecimientos externos e internos que aparecen "mezclados" en la situación pluridimensional de la práctica, permitiéndole al autor del diario dotarlos de sentido, volver a mirarlos, reinterpretarlos, explicarlos y prefigurar sus próximas acciones y decisiones. En la medida en que el diario se convierte en un registro narrativo de la propia práctica pasada y permite un compromiso activo y consciente con la práctica futura, va contribuyendo a la construcción dinámica de la identidad profesional.

¿Cómo empiezo?

En función de lo expuesto en los puntos anteriores, podemos decir que el diario de formación es una estrategia que permite la toma de conciencia, la comprensión de la propia práctica y la implicación personal, y ofrece un escenario para el rediseño de la práctica futura y la construcción dinámica de la identidad profesional.

En este apartado intentaremos ofrecer algunas orientaciones para pasar de la comprensión a la acción.

Recordemos, siguiendo a Porlán², que desde el punto de vista didáctico, el diario de formación puede utilizarse para detectar problemas, hacer explícitas concepciones, cambiar concepciones, transformar la práctica.

Estas acciones se completan a partir de la lectura y análisis solitario o compartido de diferentes pasajes del diario. Pero ¿cómo producir la “materia prima” para este análisis?

- En principio, el concepto de diario implica continuidad. Esto significa que es importante realizar un registro periódico de experiencias y escribir lo más cercanamente posible a cada situación de campo o de práctica profesional, registrando la experiencia en “caliente”, para no perder información significativa y para producir desde las emociones que produjo la intervención.

- Es importante fechar los registros en el diario para poder detectar patrones de comportamiento, situaciones recurrentes, etc. que den pie a posibles explicaciones.

¿Qué escribir?

Es recomendable producir libremente algún texto después de cada intervención con el paciente o en el período y contexto que se defina como objeto de reflexión sobre la práctica, durante la formación. Los textos que se produzcan pueden configurarse como:

- Una crónica (registro cronológico y descriptivo) de todas las tareas realizadas desde el inicio hasta el final del día.

- Una narración focalizada en una tarea o en momentos determinados de la sesión o el día de trabajo.

- Una descripción de aspectos relativos a la interacción con un paciente particular sobre cuyo tratamiento se está focalizando la reflexión sobre la práctica.

- Una descripción de algún acontecimiento llamativo de la vida psicosocial de la institución.

- Un comentario sobre la relación entre las expectativas propias antes de realizar determinada intervención y lo que efectivamente sucedió.

- Un relato focalizado en sensaciones, emociones, sentimientos que le surgieron al autor del diario en determinados momentos de su práctica clínica (sean estos positivos o negativos).

- Referencias a recuerdos de situaciones autobiográficas anteriores que aparecieron en la conciencia a partir de una situación actual.

- Referencia a cualquier factor movilizador o significativo para el autor del diario.

¿Cómo leer y analizar el material?

En el momento de la lectura comienza el trabajo de análisis, período que, siguiendo a D. Schön, permite realizar una reflexión sobre la práctica que posibilite detectar los conocimientos tácitos puestos en juego al resolver una situación, detectar errores y sus posibles determinantes y perfeccionar las intervenciones en el futuro a partir de nuevos marcos referenciales (10). Cuando podemos dar cuenta del conocimiento tácito que subyace a la ejecución de actividades complejas pertenecientes a un área profesional, estamos en condiciones de describir su arte. Este arte puede ser aprendido pero requiere de la experimentación en el marco de una práctica reflexiva.

Para reflexionar sobre la práctica profesional a partir de los textos producidos en el diario es necesario, durante la lectura, distinguir entre observaciones y juicios, descripciones, y las interpretaciones subjetivas e hipótesis o posibles explicaciones que el autor del diario refiere a partir de una evidencia.

Es conveniente también intentar una categorización de la producción escrita para su análisis posterior, según algún criterio como, por ejemplo, la aparición de temas recurrentes.

La lectura del propio texto es un momento privilegiado para conectar teoría y práctica. Por eso es recomendable anotar conceptos teóricos que aparecen asociados a los textos producidos libremente, para utilizarlos eventualmente como referencias para el análisis e interpretación de los mismos.

¿Con quién leer?

Si bien el diario es un documento personal, es interesante elegir algunos pasajes para leer en voz alta con un tutor o un grupo de pares y puede ser muy revelador compartir la lectura con otras personas que estuvieron presentes en la situación a la que se hace referencia.

Una invitación a la acción

“He aprendido que la cabeza no oye hasta que haya escuchado el corazón y que el corazón sabe hoy lo que la cabeza comprenderá mañana.”

James Stephens, *La olla de oro*

Podríamos seguir abundando en experiencias, fundamentos y antecedentes que demuestren el valor de este dispositivo de formación, no obstante nos parece interesante invitar al lector a hacer una experiencia. Para esto le sugerimos que:

1. Elija un cuaderno, libreta o dispositivo digital de un tamaño que pueda llevar consigo a casi todos lados.

2. Comience a hacer anotaciones sobre algún aspecto de su práctica que se reitere con cierta frecuencia: las

² Porlán, R. op. cit.

sesiones con un paciente que le preocupa, le resulta especialmente interesante o lo/a confronta con algún aspecto de usted mismo/a que vale la pena observar; el trabajo cotidiano en el hospital, un proceso de supervisión, una serie de entrevistas con propósitos similares (por ejemplo, procesos de admisión o diagnóstico), etc.

3. Registre sus textos libres durante un período de al menos una semana.

4. Lea su producción y recorte los fragmentos que le resulten más significativos para compartir con algún colega, docente, grupo de supervisión

5. Observe qué interrogantes nuevos, descubrimientos sobre su implicación personal, relaciones con teorías aprendidas, etc. puede descubrir.

Quizás, como le sucedió al autor de nuestra cita de cierre –y de inicio–, su producción escrita se transforme en una pieza literaria que además de ser formativa, recupere los aspectos más poéticos de la práctica clínica en salud.

“11 de abril

Dr. Yalom

“Gini inició la sesión de manera inusual. Me leyó algo que estuvo escribiendo mientras me esperaba. Era mayormente una descripción de sus sentimientos de ese día, de lo que le pasó por la mente mientras hacía unas compras. Resultó ser una viñeta emotiva, llena de metáforas brillantes. Sentí un gran placer al oír la leer para mí, y vuelvo a estar convencido de su considerable talento. Lo otro que sentí, sin embargo, es que todo era insustancial y me pregunté si alguna vez escribirá sobre cuestiones más urgentes o importantes. Heme aquí juzgando la obra literaria por la profundidad del tema. Estos últimos meses he estado enfrascado leyendo a Heidegger solo porque se ocupa de la más básica de las cuestiones –el significado de la existencia– pero ha sido una empresa terriblemente autopunitiva porque su lenguaje y su pensamiento son en extremo opacos. ¿Por qué debo esperar que los demás traten las mismas cuestiones oprimentes?” ■

Referencias bibliográficas

1. Yalom I, Elkin G. *Terapia a dos voces*. Buenos Aires: Emecé; 2011.
2. Plummer K. *Los documentos personales*. Madrid: Editorial Siglo XXI; 1989.
3. Porlán R, Martín J. *El diario del profesor*. Sevilla: Díada; 1991.
4. Miguel JM. *Auto/biografías*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 1996.
5. Barbier R. El diario de itinerancia. *Rev Inst Inv Ciencias Educación* 1995; 17.
6. Bruner J. *Realidad mental y mundos posibles*. Los actos de la imaginación que dan sentido a la experiencia. Madrid: Gedisa; 2004.
7. Pennebaker J. *El arte de confiar en los demás*. Madrid: Editorial Alianza; 1994.
8. Pampillo G. *Permítame contarle una historia*. Buenos Aires: EUDEBA; 2001.
9. Navarro Reyes J. Descripción y designación a nivel ontológico: entre Kripke y Searle, Paul Ricoeur. *Thémata* 1998; 19: 249-56.
10. Schön DA. *La formación de profesionales reflexivos*. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones. Barcelona: Paidós; 1987.
11. Stephens J. *La olla de oro*. Madrid: Siruela; 1912.

La razón narrativa: apuntes de psiquiatría y narrativa

Daniel Matusevich

*Médico Psiquiatra
Servicio de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA)*

“El personaje de Moses Herzog, laberinto de contradicciones y autoescisión: hombre salvaje y persona seria dotada de un ‘sentido bíblico de la experiencia personal’ y de una inocencia tan fenomenal como su refinamiento, intenso pero pasivo, reflexivo pero impulsivo, cuerdo pero loco, afectivo, complicado, experto en dolor vibrante de sentimiento y, no obstante, de una sencillez que desarma, payaso en su venganza y cólera, tonto en quien el odio genera comedia, sabio y enterado erudito en un mundo traidor...”

Philip Roth¹ (1)

Introducción (que no introduce)²

“Lo que me interesa es la intersección de ciertas vidas individuales con el período y las circunstancias en que les tocó vivir. Y lo que esas vidas nos dicen a nosotros, a los lectores y a mí. Sea un cantante de boleros, un sobreviviente de campos de concentración, una princesa que fue a ver a Freud porque no alcanzaba el orgasmo o un patólogo que lleva en su auto el cerebro de Einstein en

un *tupperware*. En el fondo, siempre escribimos historias para entender qué nos cuentan exactamente.”

Partiendo de esta cita de Juan Forn (y otras que iremos insertando a lo largo de este artículo), obtenida de una entrevista que le realice José Heinz en el año 2015 (2), nos planteamos reflexionar acerca de los puntos de intersección que puedan llegar a existir entre las narra-

Resumen

En esta presentación desarrollaremos algunas ideas en torno a las relaciones posibles entre las narraciones literarias y la psiquiatría. Para llevar adelante dicha tarea analizaremos la obra de algunos autores (Vila Matas, Guerriero, Kleinman, Franzen y otros) con el objeto de instalar una reflexión acerca del momento actual que está atravesando la psiquiatría y la medicina toda.

Palabras clave: Narración - Psiquiatría - Vila Matas - Franzen - Guerriero.

PSYCHIATRY AND NARRATION

Abstract

In this presentation we will develop some ideas about possible relationships between literary narratives and psychiatry. To carry out this task we will analyze the work of some authors (Vila Matas, Guerriero, Kleinman, Franzen and others) in order to share a reflection on the current situation of psychiatry and medicine.

Keywords: Narration - Psychiatry - Vila Matas - Franzen - Guerriero.

¹ Esta descripción del gran personaje de Saúl Bellow hecha por Philip Roth nos introduce apropiadamente en el mundo de las historias, de los relatos, de las crónicas y de los vislumbres que la literatura ofrece al universo de la medicina en general y al de la psiquiatría en particular.

² Este trabajo jamás hubiera visto la luz de no mediar la inestimable colaboración de Emilio Vaschetto, Daniel Abadi, Martín Nemirovsky, Aldo Conti, Leandro Morone, Fabián Triskier y Santiago Levin; los hipotéticos aciertos se deben a la atenta lectura y a los aportes de los mismos. Los desaciertos son todos obra del autor.

ciones y una cierta psiquiatría, teniendo en cuenta que no existe un solo saber psiquiátrico, sino varios, con múltiples influencias y muy difíciles de rastrear en algunos casos. Aquí haremos referencia a aquella psiquiatría influenciada por una mirada antropológica, filosófica y analítica en un sentido amplio, que permanentemente se pregunta por el sentido del ser al mismo tiempo que reflexiona acerca del sentido de su práctica³ (3), única manera en que es posible trascenderla y pasar al campo de la significación teórica⁴.

Cabe preguntarse, en el contexto actual, adónde fueron a parar las historias en nuestra especialidad, dónde quedaron las narraciones, las aventuras de los pacientes, los increíbles historiales de Freud (recordemos que ganó un premio Goethe), los anales de Binswanger o del impar Jaspers; una pista para pensar esta cuestión la podemos encontrar en la progresiva separación, que se vislumbra inexorable, entre las ciencias sociales y la psiquiatría. Quizás tenga alguna significación recordar aquí que las mejores historias de pacientes en los últimos veinte años no fueron escritas por psiquiatras precisamente, sino que fue un neurólogo, Oliver Sacks, quien nos permitió acceder a los maravillosos mundos de sus pacientes a través de sus incomparables crónicas⁵.

En el año 2012 nos preguntábamos con Norberto Conti (4), en estas mismas páginas, acerca de las relaciones entre las ciencias sociales y nuestra especialidad, llamándonos poderosamente la atención que a finales de siglo XIX y comienzos del XX muchos de los padres fundadores de la antropología, la sociología y la psicología habían sido médicos: Broca y Virchow contribuyeron significativamente al desarrollo de la naciente antropología. Psiquiatras como Kraepelin, Freud, Meyer, Lewis, Jaspers y Sullivan realizaban comparaciones culturales de manera casi permanente en sus respectivas obras; antropólogos como Kroeber en los Estados Unidos, Lévi Strauss y Levi Bruhl en Francia y Malinowski en Inglaterra estaban al tanto de

los avances que se producían tanto en psiquiatría como en psicoanálisis; sin duda un caso particular lo constituyó George Devereux, ya que él mismo era analista.

Mencionamos estos antecedentes simplemente para que nos formulemos la pregunta acerca de por qué, si los comienzos fueron tan prometedores, las ciencias sociales ocupan hoy un lugar de marginalidad absoluta en el universo psiquiátrico. Sin dudas podemos pensar diferentes y variados tipos de respuestas a esta pregunta, Kleinman⁶ propone que, dado que las ciencias sociales no son consideradas ciencias, no al menos en la forma en que las ciencias biológicas lo son, se produce un sesgo a la hora de considerar sus aportes por parte del colectivo psiquiátrico, atrapado en preocupaciones e intervenciones de neto corte estadístico, positivista y con un importante componente de gerenciamiento (6).

Mientras la psiquiatría avanza en esta dirección, se produce otro fenómeno que vale la pena considerar: la medicina de familia, aquellos que se ocupan de realizar atención primaria y la pediatría están ya hace varios años introduciendo elementos provenientes de las ciencias sociales y de la narración en su comprensión de los pacientes. Las historias de vida de las personas que sufren han dejado de ser patrimonio de nuestra especialidad (mejor dicho, han sido abandonadas por ella) para pasar a iluminar las prácticas de otros profesionales. En los Estados Unidos y en gran cantidad de países de Europa las escuelas de medicina psiquiátrica no ofrecen prácticamente ninguna preparación a los residentes en relación con las variables sociales y antropológicas; en nuestro país son muy pocos los que enseñan a leer, a escribir o a analizar un texto en las residencias y en los espacios de formación de los jóvenes médicos. Es un saber que se transmite de manera anárquica en los hospitales, quedando en manos, en la mayoría de los casos, de profesionales inexpertos debido a que no se le asigna un valor especial a la hora de imaginar los currículos de aprendizaje⁷.

³ La reflexión acerca del sentido de la práctica se intenta emparentar con algunas de las elucubraciones propuestas por Peter Bogdanovich, tanto en algunas de sus películas como en sus escritos y reportajes. Marcelo Stiletano plantea que "... Bogdanovich se esfuerza por decirnos que todo lo que estamos viendo tiene detrás un riquísimo acervo y que para entenderlo y disfrutarlo en plenitud debemos zambullirnos en ese mundo de recuerdos, mitos y sueños". El futuro de nuestra práctica y su sentido sin duda tienen una precuela frente a la cual no conviene hacerse el distraído, es necesario revisarla detalladamente con el objeto de intentar soslayar, en la medida de lo posible, ingenuidades epistemológicas.

⁴ Aclaremos aquí que el recorrido planteado en estas páginas se aleja de la propuesta canónica para acercarse al intento de compartir un derrotero personal y subjetivo acerca de la intersección entre dos mundos, narración y psiquiatría. Por consiguiente, no se espere método y coherencia sino más bien un viaje a través de la "clínica del arte de leer", teniendo como bitácora aquella frase de *El último lector*, de Ricardo Piglia (5): "En la clínica del arte de leer, no siempre el que tiene mejor vista lee mejor". Para graficar lo expuesto en este apartado invitamos al lector a comparar el recorrido de este texto con el que sigue, propuesto por el que quizás sea el más reputado supervisor de residencias psiquiátricas en la ciudad de Buenos Aires y en algunas provincias argentinas: "Un libro te va llevando al otro, una amistad, un amor, te señalan otro camino. Hay lectores insaciables, que leen un libro por día. Hay lectores más lentos, que saborean palabras y van haciendo anotaciones; mi recorrido está marcado por la biblioteca que tuve al alcance en la adolescencia. He leído varias veces (decenas) la poesía de Borges, por ejemplo el libro *La cifra*. Máximo Gorki, León Tolstói, Flaubert (creo que fue leyendo *Mme. Bovary* que decidí ser psiquiatra), ¡Chejov! (llevaba en mi mochila el cuento *La sala número 6* cuando llegué por primera vez al 25-A, mucho antes de Conti, y había a la entrada una chapita que decía "sala N° 6" y casi me caigo de culo".

⁵ Por ejemplo, ver Sacks Oliver: *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero, Un antropólogo en Marte, Alucinaciones*, etc., etc.

⁶ Arthur Kleinman nació en Nueva York en 1941; es médico psiquiatra, profesor de antropología médica y de psiquiatría transcultural. A pesar de haber desarrollado una obra impar que cabalga entre la psiquiatría y la antropología, no ha sido traducido al idioma de Cervantes. Merecen especial mención los trabajos culturales escritos en colaboración con su mujer Joan, donde se mezclan Oriente y Occidente gracias a su trabajo en la China milenaria y *Rethinking Psychiatry*, quizás uno de los textos epistemológicos más importantes de la historia de nuestra especialidad.

⁷ Javier Marías se interroga, en un sentido general: "... podríamos preguntarnos por qué seguimos escribiendo novelas y poesías y dramas y ensayos después de la interminable lista de obras maestras que nos precede, en las que todo parece estar contenido y expresado y dicho y pensado. Los múltiples agoreros de nuestro tiempo exclaman una y otra vez: 'La novela ha muerto. La literatura ha muerto. No hay nada más que añadir. Todo está inventado. Más vale callarse', como si tuvieran grandes deseos de que en efecto fuera así, de que ya no hubiera más textos ni más historias ni más reflexiones. A esos agoreros tradicionales se unen las voces que hipócritamente culpan a los nuevos y no tan nuevos modos de entretenimiento (desde la televisión hasta internet, supongo, aunque nunca he tenido un ordenador en las manos e ignoro si son tan entretenidos) de estar desplazando y arrinconando y acabando con la literatura" (7). Martín Nemirovsky propone agudamente que quizás sea posible que aquellos que eligen hoy el camino de la psiquiatría ya no sean lectores, que tal vez lo hagan deslumbrados por el brillo de las neurociencias y sus supuestas posibilidades y no por el de las historias, como alguna vez supo suceder. Quizás tenga cierta significación recordar aquí que el lugar elegido por la mayoría de los residentes argentinos para continuar o complementar su formación hospitalaria es la Maestría en Psicofármacos que se dicta en la Universidad Favaloro.

Kleinman plantea agudamente que existe una falsa creencia muy difundida según la cual los conocimientos requeridos por el psiquiatra en torno a las ciencias sociales pueden ser adquiridos de manera intuitiva por el médico sensible y atento a estas cuestiones (6). Por otro lado, es muy difícil encontrar maestros en la clínica que sean expertos en ciencias sociales y en literatura, mientras que aquellos expertos en farmacología están a la orden del día. Es atractivo pensar la antropología como una “ciencia incomoda” debido a que permanentemente cuestiona las aseveraciones provenientes del sentido común y exige una preparación que va mucho más allá del paradigma biomédico. Dicho paradigma deberá ser complementado con cuestiones éticas, políticas, históricas, filosóficas, culturales, humanísticas variadas y muchas otras, constituyendo un arco iris de opciones de enorme complejidad que desafia la tranquilidad de las concepciones hegemónicas.

Quizás este menú ya no seduzca tanto a las jóvenes generaciones como sí lo hacía veinte años atrás; tal vez los cantos de sirena que hace sonar el neopositivismo con su estándar clínico representado por el DSM, la genética molecular, la psiconeuroinmunoendocrinología, la tecnología en sus diversas acepciones y los diagnósticos tecno-científicos cautiven y embelesan a los nuevos psiquiatras como antes lo hacían las historias y los relatos de los pacientes.

Como dice Juan Forn, vidas vividas, períodos y circunstancias, escribir para comprender, no estamos tan lejos los psiquiatras y los cronistas narrativos, agregaríamos nosotros escribir para comprender y también para acompañar y para intentar ayudar a aquellos que sufren en sus atribulados tránsitos vitales. Vale aquí entonces la advertencia que el genial Ryszard Kapuzinski les hacía a sus alumnos de periodismo: él decía que “por cada página que uno escribe debería leer doscientas” (8), sabia admonición que inevitablemente nos plantea el lado oscuro de la cuestión, que es precisamente preguntarnos por las lecturas de aquellos que deben escribir las historias de los otros, ya sean médicos o periodistas; leer y escribir son como Batman y Robin, Simon y Garfunkel, Floria Tosca y Mario Cavarozzi: imposible imaginar a uno sin el otro como acompañante perpetuo.

Veamos entonces si algunas ideas de aquellos que se dedican a contar historias pueden tener alguna aplicación en el convulsionado mundo de la psiquiatría actual; la idea de recurrir al periodismo literario (y a la literatura toda) es un intento de apertura a nuevos paradigmas en un momento de crisis en el que las escuelas de psicoanálisis ven con alarma cómo sus filas ralean cada vez más y en el que los espacios dedicados a la enseñanza de las

psicoterapias manualizadas tampoco rebosan de público. De todas formas tampoco estamos demasiado seguros de que en esos espacios se transmita el amor hacia las historias, más bien son lugares de enseñanza de habilidades técnicas para ser aplicadas sobre determinados síntomas o determinados modelos de sufrimiento, llegando a hacer abstracción incluso del contexto vital del paciente, o teniéndolo en cuenta pero no historizándolo⁸. Se trata entonces de pensar una cierta psiquiatría en la sociedad del espectáculo, donde la vida se desarrolla en un contexto de gran mediocridad, donde tomar riesgos en la manera de pensar es considerado casi un sacrilegio y donde intentar hacer las cosas en forma distinta puede conducir al exilio intelectual⁹ (9).

Periodismo narrativo y vida narrativa¹⁰

Para escribir las líneas que siguen me inspiré en una nota publicada por Leila Guerriero en la revista del diario *El Mercurio* (sábado) en el año 2012; más cercanamente en el tiempo, el mismo artículo aparece como capítulo en un libro publicado por editorial Anagrama, *Zona de obras*, hace apenas unos meses (10). Leila es periodista, pero no una periodista cualquiera, es la editora de la revista cultural *El Gatopardo* y algunas de sus crónicas dieron la vuelta al mundo. Tuve la suerte de entrevistarla hace 10 años junto con mi amigo Fabián Triskier con motivo de la aparición de una de sus crónicas más impresionantes, en formato libro, publicada por Tusquets; me estoy refiriendo precisamente a *Los suicidas del fin del mundo*, el texto más complejo, sensible y profundo que se haya publicado en Latinoamérica con respecto al tema, un punto de referencia más que obligado para cualquiera interesado en este modelo de muerte¹¹ (11). Es sorprendente que la obra más importante acerca del suicidio en nuestro país no haya sido escrita por un psicólogo o un médico, sino por una escritora (a pesar de que ella prefiera que no le digan escritora), hecho que continúa poniendo en el centro de la escena las relaciones entre las narraciones y nuestra especialidad; nuestra hipótesis es que nos permite entender mucho más acerca del drama inherente al suicidio y sus circunstancias la aproximación literaria propuesta por nuestra autora que cualquier propuesta plasmada en un libro de texto acerca del tema.

Esta mirada, en el mejor de los casos, nos aportará valiosa información pero estará muy lejos de aquello que plantea la propia Guerriero cuando analiza la masacre de José León Suárez contada por Rodolfo Walsh en el texto que quizás fundó el periodismo narrativo en nuestro país, *Ope-*

⁸ El espíritu de la propuesta fue definido por Santiago Levin con la simpleza y profundidad que lo caracterizan: “... tu lector (o lectora) se tienen que sentir invitados, no regañados. Invitado a los bordes, a los márgenes de la psiquiatría narrativa. Allí los esperamos con un mate si es de tarde, o con un vino si es de noche”. Invitados a un recorrido que puede sonar a travesía post-psicopatológica, veremos...

⁹ Lo de la sociedad del espectáculo no es nuevo, solo que el espectáculo va cambiando; en 1934 Aldous Huxley escribía, irónico como siempre, que “... la lectura, que debería ser el alimento del alma, ha sido degradada a una droga espiritual. Si los políticos utilizaran un poco la razón, añadirían periódicos y revistas a la lista de intoxicantes degradantes, cuyo tráfico debería ser prohibido o al menos estrictamente controlado”.

¹⁰ Veamos la definición que Leila Guerriero da de periodismo narrativo: “... que el periodismo narrativo es muchas cosas pero es, ante todo, una mirada -ver, en lo que todos miran, algo que no todos ven- y una certeza: la certeza de creer que no da igual contar la historia de cualquier manera”.

¹¹ *Los suicidas del fin del mundo*, Tusquets, Buenos Aires,...VERTEX, Volumen XVII N°70, Noviembre/Diciembre 2006, “El Combo del horror”, Reportaje a Leila Guerriero, Daniel Matusevich, Fabián Triskier.

ración Masacre: “¿Y si Walsh, en vez de escribir eso, hubiera escrito así: ‘Uno de los sobrevivientes de la masacre de José León Suárez le contó a este periodista que pudo salvarse gracias a que fingió estar muerto?’ ¿Sentirían ustedes el jadeo metálico del miedo, podrían imaginar el olor a tierra, el empujón del vómito? Walsh no escribió así para pavonearse de lo que podía hacer con el idioma. Escribió como escribió porque quería producir un efecto. Quería que, en la tranquilidad mullida de su sala, un lector se topara con esa realidad y que esa realidad le resultara insoportable. Que entendiera que habían sido hombres que una hora antes comían milanesas –y no héroes, y no martirizados por la patria– quienes poco después mordían el polvo y se meaban de miedo en un baldío de José León Suárez. Gente como yo, gente como ustedes. Gente común en circunstancias absolutamente extraordinarias.” (10).

Este párrafo condensa de manera más que exacta y adecuada el espíritu con el que fue plasmado *Los suicidas del fin del mundo*, y ese es el espíritu con el que, creemos nosotros, deberían ser escritas las historias, con un ojo apuntando al detalle y con el otro a tratar de captar las emociones y las (increíbles) vivencias de nuestros pacientes; los caminos de la biologización que atraviesa la psiquiatría parecerían estar haciendo desaparecer la magia de los relatos, transformados en información y completamente alejados del “giro literario” propuesto por Mainetti y Mainetti, quienes afirman que “los seres humanos somos un género literario y una especie narrativa... el conocimiento médico es en esencia narrativo y su expresión protocolaria la historia clínica” (12). Parafraseando a estos mismos autores, si la ficción es a la realidad como los sueños a la vida cotidiana, la psiquiatría necesita de las narraciones para explorar el misterio de la existencia humana en las experiencias de salud, enfermedad, la vida y la muerte.

En esta línea me gustaría plantear aquí un elemento clave que creo no puede ser soslayado en este camino, propuesto por el singular Javier Marías en una conferencia dada en Dortmund en el ya lejano 1997, donde el autor sostenía de manera enfática que “... la literatura es también una forma de pensamiento, y una de las principales, y no creo que a eso pueda renunciar el mundo, sobre todo porque ese pensar literario –en forma de narraciones o historias o de versos o de diálogos y monólogos– nos viene acompañando desde hace demasiados siglos. Hay cosas que sabemos sólo porque la literatura nos las ha mostrado, o nos ha permitido tomar conciencia de ellas y reconocerlas. Hay saberes e intuiciones que no son expresables o no se manifiestan en un lenguaje exclusivamente racional: ni técnico ni filosófico ni económico ni científico ni religioso ni desde luego político ni tan siquiera psicológico... hay una enorme zona de sombra en la que solo la literatura y las artes en general penetran; seguramente, como dijo mi maestro Juan Benet, no para iluminarla y esclarecerla, sino para per-

cibir su inmensidad y su complejidad al encender una pobre cerilla que al menos nos permite ver que está ahí, esa zona, y no olvidarla” (13); pensar literariamente e indagar en nuestras sombras como recursos fundamentales para entendernos mejor a nosotros mismos y por consiguiente para intentar comprender el mundo de nuestros pacientes a través de las narraciones construidas a partir de la vida de ellos aparece como un mojón irremplazable en el camino del arte de curar entendido como “una epifanía filosófica, contribuyendo a la exploración de sus dimensiones antropológicas, epistemológicas y axiológicas” (12).

En un taller de periodismo (imaginemos una situación análoga en un encuentro de jóvenes o no tan jóvenes psiquiatras en formación), Leila Guerriero, después de registrar con una cierta estupefacción que la frase “Todas las familias felices se parecen, pero las infelices lo son cada una a su manera” es tomada por un “buen aforismo”, les pregunta a los participantes acerca de qué leen. Las respuestas fueron las que siguen: “... revistas, el diario, libros de periodismo de investigación... y así...” (10). Frente a la misma pregunta, en un taller de psiquiatría imaginario, las respuestas que obtendríamos tampoco variarían mucho, reemplazando libros de periodismo de investigación por el Kaplan, el Jufe, publicidades de la industria farmacéutica o el Wikinski. La que sigue es la transcripción textual de cómo progresa el artículo: “... no me asombro porque suelen ser parecidas en casi todas partes, pero yo, por las dudas, casi siempre insisto. ¿Saben quién es Richard Ford? No. ¿Dostoievski? Sí (pero no lo han leído). ¿Houellebecq que podría interesarles por retorcido? No (y suelen no saber quién es). ¿El diario de Cesare Pavese, cuando eran jóvenes y morían de amor? Ni idea. ¿Contemporáneos absolutos: Tyler, Franzen, Moore? Lo mismo podrían ser marcas de anti-inflamatorios. Los más enterados conocen a Salinger, a Cheever, a Bukowski y los presumen como si los hubieran descubierto. Y es raro porque, si uno escribe, el más perogrullesco de los axiomas manda que es porque ha empezado por leer. Puede fallar, claro. Y, de hecho, falla. Porque muchos periodistas (al menos de los que hacen periodismo escrito: quizás los periodistas de televisión lean muchísimo) no leen. O leen el diario, las revistas, los libros de periodismo de investigación. Pero no novelas, pero no cuentos, pero no poesía...”.

Retomando lo que planteábamos en el comienzo de este trabajo, es un malentendido de proporciones épicas creer que se pueden escuchar y escribir historias de pacientes sin leer o leyendo de manera errática y asistemática algunos textos o leyendo manuales de psiquiatría biológica¹²; esta tergiversación es fenomenal ya que en los programas de estudios de las carreras de especialistas no se incluyen planes de lectura de ficción, de poesía, de análisis de lenguajes narrativos, etc., desconociendo algo

¹² En la misma línea, Martín Caparrós (14) sostiene: “Me sorprenden personas que quieren ser periodistas y no leen: como un aprendiz de pianista que se jactara de no escuchar música. No se puede escribir sin haber leído demasiado; no se puede pensar -entender, organizar, hablar- sin haber leído demasiado”. Para pensar mejor esta cita podemos realizar el ejercicio de reemplazar la palabra periodista por psiquiatra, casi seguro las resonancias van a ser semejantes.

tan evidente como que ningún oficio creativo es endogámico (y la psiquiatría es una complicada mezcla de oficio y profesión). Leer ficción, entre otras cosas, adiestra el oído, desarrolla el sentido del ritmo, ayuda a encontrar un estilo propio, produce humildad, fortalece el buen gusto y permite entender que la pólvora la inventaron los chinos hace aproximadamente mil años.

Volviendo a Leila Guerriero, ella misma afirma que "... no creo en las crónicas cuyo lenguaje no abreve en la poesía, en el cine, en la música, en las novelas. En el comic y en Sor Juana Inés de la Cruz. En Cheever y en Quevedo, en David Lynch y en Wong Kar-wai, en Koudelka y en Cartier-Bresson. No creo que valga la pena leerlas, no creo que valga la pena escribirlas y no creo que valga la pena publicarlas. Porque no creo en las crónicas que no tengan fe en lo que son: una forma del arte". A la historia clínica, pensada como una de las formas del arte, le cabrían las mismas prevenciones que a la crónica, sin duda; un listado de signos y síntomas carente de alma y de espíritu está totalmente incapacitado para transmitirnos una vida. Y de eso se trata, de capturar vidas, la de nuestros pacientes, y para eso es necesario "... preguntar como quien no sabe, esperar como quien tiene tiempo y estar allí como quien no está"¹³ (10).

Guillermo Martínez contribuye al equívoco entre narración, historias e historia clínica cuando haciendo referencia a las características que más valora de un texto propone "... la originalidad de imaginación. Es decir, y para volver al principio, la facultad de un texto de revelarnos algo del mundo que no sabíamos, de alzar otro mundo en el mundo, de darnos una nueva forma de ver y de percibir, de hacernos parte de algo que no hubiéramos podido aprender con ninguna de nuestras otras facultades intelectuales, algo que existe y convence y se sostiene sutilmente suspendido en el aire por imperio de conexiones que no son puramente lógicas ni culturales ni materiales, en ese acto de ilusionismo antiguo y siempre renovado, de asombro consentido, que todavía ocurre algunas veces cuando abrimos un libro" (15). Las historias y relatos de nuestros pacientes son la única vía posible de acceso al mundo de los mismos, no estamos en condiciones ni humanas ni epistemológicas de rechazar esta posibilidad porque, precisamente, quizás sea la única oportunidad de conexión (real) que tendremos en tiempos donde la comunicación ha sido reemplazada por el ruido y donde asistimos a un festival de falta de respeto (promovido por la anomia digital), de predominio de lo banal, de falta de compromiso y de austeridad ideativa cuyo signo no es otro que acallar al pensamiento creativo y original¹⁴ (16).

Por todo esto soy capaz de comprender (al menos parcialmente) que un traumatólogo, un oftalmólogo o un proctólogo¹⁵, por así decir, no se interesen en estos menesteres; pero me cuesta mucho aceptar que alguien dedicado a escuchar y a escribir historias sienta escaso o nulo interés por leer a aquellos que pueden abrirnos nuevos mundos de significación. Interesarse en escuchar y en escribir y no leer es un contrasentido, es como ser psiquiatra o psicólogo y no tener ninguna curiosidad por la vida de los otros.

Apuntes para una psiquiatría narrativa

Desarrollaremos en este apartado ideas a partir de algunas semblanzas tributadas por escritores preocupados por la lectura y la escritura; la ambición es contribuir a un debate, que por el momento es imaginario, acerca del estado de la lectura en nuestro medio. Intentamos apuntar que la naturalidad con la que los relatos e historias están siendo reemplazados por "viñetas" (como agudamente señala Vaschetto) no puede presagiar nada bueno: la peor respuesta que podría recibir nuestro ensayo es la recepción silenciosa, sin ninguna duda preferimos el desacuerdo estridente¹⁶ (5).

"... odio todo lo que no se relaciona con la literatura, las conversaciones me aburren (aun cuando se relacionan con la literatura), visitar a la gente me aburre, las alegrías y las penas de mis parientes me aburren en el alma. La conversación anula la importancia, la seriedad, la verdad de todo lo que pienso". Esto lo dice Franz Kafka, en su diario, un verdadero fanático (17). Para el mismo tipo de reflexiones se puede leer a Enrique Vila-Matas o a Roberto Bolaños, sobre todo en *El mal de Montano*, *Historia abreviada de la literatura portátil*, 2999 y *Los detectives salvajes* (18, 19); las novelas de ambos autores están plagadas de personajes que derivan a través de cientos de páginas en busca de escritores prófugos o poetas desaparecidos, para finalmente terminar encontrándose, en el mejor de los casos, con ellos mismos, habiendo aprendido aquello que escribe Franzen: "... la primera lección que enseña la lectura es a estar solo" (20).

Otro pensamiento: "... estaba nervioso: pensaba que debía encontrar algo así como una forma de hacer, me decía, por no decir estil... en su desesperación por pelearle espacio a la radio y a la televisión, los editores latinoamericanos suelen pensar medios gráficos para una rara especie que ellos mismos se inventaron: *el lector que no lee*. Es un problema: un lector se define por leer y un lector que no lee es un ente confuso. Sin embargo nuestros bravos editores no tremulan ante la aparente contra-

¹³ Emilio Vaschetto aporta la siguiente visión: "... es totalmente cierto que ya no hay grandes relatos ni grandes casos; lo que se escucha de los residentes es el término 'viñeta' clínica, que es una palabra no sólo desagradable sino también peyorativa de la literatura".

¹⁴ Michel Butor, citado por Han (16), no duda en afirmar que "... nos hallamos en una pausa espiritual. La causa es una crisis de comunicación. Los nuevos medios de comunicación son admirables pero producen un ruido enorme".

¹⁵ Releyendo cuestiones acerca de la vida del Premio Nobel Thomas Mann es necesario poner en entredicho mi afirmación acerca de que no sería grave que el proctólogo careciera de interés o de habilidades narrativas, ya que Javier Marías nos relata que sus diarios están atiborrados de insistentes informes acerca de sus evoluciones estomacales y malestares gastrointestinales. Por otro lado, es bien sabido (como afirma sabiamente el mismo Marías) que "a excepción de Proust nadie como él explora la asociación entre enfermedad y artísticidad" (13).

¹⁶ Seguimos a Piglia cuando plantea que prefiere a los escritores que dividen al público, rechazando de plano a aquellos que le gustan a todo el mundo.

dicción: siguen adelante con sus páginas llenas de fotos, infografías, recuadros, dibujitos. Los carcome el miedo a la palabra escrita, a la lengua y creen que es mejor pelear contra la tele con las armas de la tele, en lugar de usar las únicas armas que un texto no comparte: la escritura...” (14), Martín Caparrós sobre el estado del arte de leer hoy.

Difícil no compartir esta analogía, podemos amplificarla con algunos datos que nos aporta Jonathan Franzen acerca de la realidad que se vive en su país: “... el ambicioso novelista joven no puede dejar de observar que en un reciente estudio publicado en *USA Today* sobre veinticuatro horas de la vida de la cultura norteamericana, había veintiuna referencias a la televisión, ocho a películas, siete a música popular, cuatro a radio y solo una a la narrativa (*Los puentes de Madison*). O que revistas como *The Saturday Review*, que en la época del apogeo de Joseph Heller reseñaba montones de novelas, ha desaparecido totalmente” (20). No hay duda de que les estamos haciendo un pedido especial a nuestros lectores, como es el de abrazar una fe y una práctica perdida, casi desterrada como es la de la lectura, para intentar alcanzar una salida a la soledad, la nuestra propia y la de nuestros pacientes; así como los poetas y novelistas están obligados a actuar como faros morales en tiempos de fanatismo religioso o político, los psiquiatras que leen (considerados como una especie en vías de extinción) están obligados a advertir al resto de los miembros de la comunidad a la que pertenecen acerca del riesgo de perder la capacidad que nos da la lectura (y la escritura) de mirar lo profundo que subyace por debajo de lo evidente.

Cada encuentro, cada espacio de lectura, cada momento de reflexión en referencia a nuestros pacientes debería ser considerado un “laboratorio narrativo” (5) donde ensayar modos de rescatar y revalorizar las historias; “... estar atentos a la condición subjetiva, narrar desde el mundo de los personajes, tener en cuenta el sentido dramático, intentar situar al lector en el centro de la historia...” (20). Juan Villoro, cronista y escritor mexicano, propone insistentemente en sus escritos ponerse en el lugar del otro como elemento clave para construir relatos emotivos, para acceder a las verdaderas motivaciones de los protagonistas, o de los pacientes, que a fin de cuentas sería casi lo mismo. Según él, acceder a las grandes historias contribuye en adquirir el tono del memorialista, la dramaturgia del autor teatral y la tensión del escritor de ficción (21); consideramos que desarrollar estas tres habilidades constituiría un hábito fundamental para los escritores y lectores de páginas clínicas, hoy día más enfocados en la información médica y menos en el rastreo existencial. La frase anteriormente citada viene al dedillo para ratificar aquí que la escritura de historias (clínicas) es un género híbrido (al igual que la psiquiatría), constituido por el ensamble de múltiples elementos que se disparan a partir del sufrimiento del paciente¹⁷.

“... me parece increíble que haya gente que lea poquísimo (o, en algunos casos nada) pero escriba y pretenda gustar a los demás. Sin embargo, sé que es cierto. Si tuviera un centavo por cada persona que quiere ser escritor pero que ‘no tiene tiempo de leer’ podría pagarme la comida en un restaurante bueno. ¿Me dejas que te sea franco? Si no tienes tiempo de leer es que tampoco tienes tiempo (ni herramientas) para escribir” (23). Así de sencillo lo plantea el gran Stephen King en *Mientras escribo*, considerado un verdadero manual clásico acerca de la formación del escritor; si bien el mismísimo maestro lo considera “un librito sobre la escritura”, rebosa de ideas y anécdotas absolutamente enriquecedoras para aquellos interesados en estas cuestiones, alejándonos a aquellos que escribimos de cualquier pretensión narcisista o sobrevalorada (“... no quería escribir algo, corto o largo, que me diera la sensación de ser un charlatán literario o un gilipollas trascendental. No, gracias; de esos libros (y escritores) hay ya bastantes en el mercado”).

Veamos, por ejemplo, la que sigue: “... te daré todos los ánimos que pueda porque es mi manera de ser y porque estoy enamorado de este oficio, y quiero que también te enamores tú. Ahora bien, si no tienes ganas de trabajar como una mula será inútil que intentes escribir bien. Confórmate con tu medianía y da gracias de tenerla por cojín. Si quieres ser escritor, lo primero es hacer dos cosas: leer mucho y escribir mucho. No conozco ninguna manera de saltárselas. No he visto ningún atajo.” (23).

El hecho de considerarse “un escritor de la plebe” hace que las sugerencias de King tengan una gran profundidad, pero una apariencia de consejos dados por un amigo (al igual que sus novelas y cuentos). A esta altura de nuestro recorrido, poner el eje en la pasión, un tema bastante soslayado por los textos psicológicos más convencionales, nos parece una parte central de todo el asunto. Existen algunas tareas que pueden ser llevadas adelante en forma automática o adocenada, la elaboración de historias claramente no es una de ellas; todas las ideas descriptas anteriormente pierden sentido y eficacia si no están atravesadas por el eje del apasionamiento. Si el maestro no es capaz de transmitir este rasgo a su discípulo, podemos conjeturar que el proceso de aprendizaje no arribará a un puerto de creatividad.

El último capítulo de *Mientras escribo* cuenta en detalle la historia del accidente que casi acaba con la vida de King. En él encontramos dos secuencias acerca de nuestro tema que son imposibles de soslayar para cualquiera en busca de claves para vivir (leyendo y escribiendo); la primera: “... escribir no me ha salvado la vida (me la salvaron la pericia del doctor Brown y los cuidados amorosos de mi mujer), pero tiene el mismo efecto de siempre: hacer de mi vida un lugar más luminoso y agradable”, y la segunda: “Escribir no es cuestión de ganar dinero, hacerse famoso, ligar mucho ni hacer amistades. En últi-

¹⁷ El sufrimiento del paciente actúa, en el psiquiatra que escribe historias, como en la narradora María Moreno los personajes que tienen una marca (nadadores a los que les falta una pierna, tiradores ciegos, etc., etc.), son el motor de las construcciones narrativas; en Roberto Arlt, el sistema era otro: “... voy caminando por la ciudad y veo una cosa” y ahí empieza la crónica. Todo esto lo cuenta Piglia en una charla increíble con Villoro (22).

mo término, se trata de enriquecer las vidas de las personas que leen lo que haces, y al mismo tiempo enriquecer la tuya". Si traducimos lo anterior en clave de nuestra profesión surge de manera espontánea y evidente la analogía con la tarea de una cierta psiquiatría, la que lee, la que escribe y la que se empeña en no transigir el humanismo originario.

"... cada vez que trato de escribir sobre la vida de los otros y descubrir allí los dulces nudos de la emoción, el viento de la furia, los páramos de pena intento recordar quién soy. Recordar la terrible dificultad, la inevitable incompletud que se produce al decidir cuáles son las cosas –los detalles, los hechos, los recuerdos– que cuentan una vida. Es un buen ejercicio de modestia. Un gran antídoto contra la arbitrariedad" (10). Tal cual escribe Leila Guerriero, la tarea seria y profunda de confeccionar historias de pacientes nos coloca en nuestro lugar, nos permite adquirir una perspectiva justa del sentido de las cosas; las vivencias recapituladas nos permiten recalibrar nuestra propia historia a la luz de las historias de los otros entendiendo que perderse en los relatos es la única forma de ir un paso más allá en el recorrido de humildad que nos proponen los autores revisitados.

Final posible

Llegando a uno de los finales posibles de nuestro recorrido comencemos con una cita de Martín Caparrós que vale la pena problematizar: "¿Por qué la televisión se arroga el derecho de enseñarles a sus consumidores a mirar y el internet a navegar y los teléfonos inteligentes a vivir conectados, y los periódicos no piensan en enseñar a sus lectores a leer? Si queremos tener la oportunidad de trabajar de otra manera, deberíamos proponerles otras formas de acercarse a lo escrito" (14). La aplicabilidad de esta apostilla en el universo psiquiátrico es instantánea, así como no abundan los discípulos tampoco es que haya sobreabundancia de maestros, espacios donde se aprenda a leer y a escribir, a escuchar una historia, a contarla, a reflexionar acerca de la verdad y la ficción no sobran, al menos no sobran aquellos que tengan una sistematización institucional.

La pregunta de por qué las cosas están así debe tener varias explicaciones. Aquí solamente ensayaremos algunas, y siempre condicionales; algo hemos ido planteando a lo largo de estas páginas, podemos agregar que no es fácil encontrar hoy "lectores puros"¹⁸, que serían aquellos para los cuales la lectura no es solo una práctica,

sino una forma de vida. No es que nosotros abogemos por psiquiatras semejantes a los personajes de Vila Matas (tampoco sería una mala idea), que estén "enfermos de literatura"¹⁹, pero entre estos extremos y la agrafia predominante en los tiempos que nos toca vivir es posible que exista un punto medio de compromiso con el mundo narrativo que cada uno debería explorar, con el objeto de llegar a un equilibrio, que siempre será personal.

La tarea con pacientes en su modo relato exige algo de ese compromiso, de esa dedicación, de esa renuncia, en tiempos de cultura digital que, como sabemos, es lo más ajeno que existe al universo narrativo, descansa en contar y calcular de manera casi permanente; la historia, al revés, es narración como muy bien nos ilustra el filósofo coreano Byung-Chul Han: "Lo digital absolutiza el número y el contar. También los amigos de Facebook son, ante todo, contados. La amistad, por el contrario, es una narración. La época digital totaliza lo aditivo, el contar y lo numerable. Incluso las inclinaciones se cuentan en forma de 'me gusta'. Lo narrativo pierde importancia considerablemente. Hoy todo se hace número para poder transformarlo en el lenguaje del rendimiento y de la eficiencia. Así, hoy deja de ser todo lo que no puede contarse numéricamente" (26).

Frente a este panorama, aquel interesado en narrar deberá saber que inevitablemente tendrá que remar contra la corriente, que no estará de moda sino que más bien sucederá todo lo contrario; *Don de Lillo*, citado por Jonathan Franzen, plantea que "... todo en la cultura conspira contra la novela, por eso necesitamos el escritor que se opone, el novelista que escribe contra el poder, contra las empresas, el estado o el aparato de asimilación completo" (20). Pensamos entonces una psiquiatría narrativa que se sitúe en los márgenes, que sea capaz de rebelarse contra la revolución digital teniendo en claro que, como sucedió en la Rusia comunista, la literatura puede sobrevivir aun en las condiciones más adversas²⁰.

El mismo Franzen sostiene que por cada lector que muere hoy nace un espectador, registrándose el pasaje de una cultura basada en la letra impresa a otra que se funda en imágenes virtuales. Alberto Manguel relata en *Una historia de la lectura* (27) que los libros imponen a sus lectores un simbolismo mucho más complejo que el de un simple utensilio; sigue contando que en la Rusia del siglo XVIII, durante el reinado de Catalina la Grande, un tal Klostermann se enriqueció vendiendo largas hileras de encuadernaciones que solo contenían papel de deshecho en su interior, lo que permitía a los cortesanos crear

¹⁸ Ricardo Piglia, en *El último lector*, escribe lo siguiente: "El lector adicto, el que no puede dejar de leer, y el lector insomne, el que está siempre despierto, son representaciones extremas de lo que significa leer un texto, personificaciones narrativas de la compleja presencia del lector en la literatura" (5).

¹⁹ El protagonista de *El mal de Montano*..... Por otro lado, el mismo autor, en la inefable *Historia abreviada de la literatura portátil* (25) relata ciertos rasgos que eran considerados típicamente Shandys y que quizás también se hallen presentes (decimos nosotros) en los amantes de las historias clínicas: "... espíritu innovador, sexualidad extrema, ausencia de grandes propósitos, nomadismo infatigable, tensa convivencia con la figura del doble, simpatía por la negritud, cultivar el arte de la insolencia".

²⁰ Jonathan Franzen recuerda cuando en la antigua Rusia soviética y en los países de la órbita comunista había florecido un público que memorizaba de cabo a rabo la poesía de Osip Mandelstam y de Anna Ajmatova al tiempo que se imprimían y se difundían textos de manera clandestina. Esta tarea recuerda mucho a la llevada adelante desde hace varios años por algunos de los miembros del Capítulo de Historia y Epistemología de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), capitaneados por Juan Carlos Stagnaro y Norberto Aldo Conti, empeñados en descubrir, difundir e instalar una serie de textos clásicos de la psiquiatría argentina y del mundo, romántica resistencia al totalitarismo biologicista que hace mucho intenta oscurecer el horizonte de nuestra especialidad.

la ilusión de una biblioteca y ganarse de esa manera el favor de su emperatriz, amante de los libros (28). Hubo un tiempo en los que jamás faltaba una biblioteca en el consultorio del psiquiatra o del terapeuta, pero hoy ha sido reemplazada por el ordenador, tal vez parte del prestigio que antaño brindaban los textos hoy lo brinde la tecnología, quizás el ascendiente intelectual que en otros tiempos aportaba la lectura ha dado paso al brillo tributado por las computadoras.

La pregunta acerca del lugar que ocupará el leer y el escribir en nuestra cultura, y por consiguiente en

nuestra especialidad, está lejos de poder ser respondida; esa no fue nuestra pretensión, sino simplemente esbozar algunas ideas y algunos caminos posibles. Matías Serra Bradford (28), en *La biblioteca ideal*, rememora el fragmento de una novela de Ivy Compton-Burnett: “—¿Pero ella no hace otra cosa que leer? Espero que no te enseñe a estar siempre con la nariz metida en los libros. Hay otras cosas en la vida. —No en todas las vidas —dijo Graham”. Sin duda en la vida de los psiquiatras hay mucho más que leer y escribir, aunque a veces no estemos tan seguros ■

Referencias bibliográficas

- Roth P. El oficio: un escritor, sus colegas y sus obras. Barcelona: Seix Barral; 2003.
- Heinz J. Reportaje a Juan Forn. *La voz*, 16/07/2015.
- Stiletano M. La memoria, el presente y el futuro. En: Bogdanovich P. El último testigo. Buenos Aires: Ministerio de Cultura del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires; 2016.
- Conti N, Matusевич D. *Vertex*; Volumen XXIII - N°105, Septiembre/Octubre 2012.
- Piglia R. El último lector. Barcelona: Anagrama; 2005.
- Kleinman A. Rethinking Psychiatry. From cultural category to personal experience. New York: The Free Press; 1991.
- Mariás J. Literatura y fantasmas. Madrid: Alfaguara; 1993.
- Caparrós M. La crónica. Buenos Aires: Planeta; 2016.
- Huxley A. Si mi biblioteca ardiera esta noche. Barcelona: Edhasa; 2012.
- Guerriero L. Zona de obras. Buenos Aires: Anagrama; 2015.
- Triskier F, Matusевич L. El combo del horror, reportaje a Leila Guerriero. *Vertex* noviembre/diciembre 2006; XVII (70).
- Mainetti J, Mainetti J. Bioética narrativa. La Plata: Editorial Quirón; 2014.
- Mariás J. Vidas escritas. Edición ampliada. Madrid: Alfaguara; 2000.
- Caparrós M. El interior. Buenos Aires: Planeta/Seix Barral; 2006.
- Martínez G. La razón literaria. Ensayos y polémicas. Buenos Aires: Seix Barral; 2016.
- Byung-Chul Han. La sociedad de la transparencia. Buenos Aires: Herder; 2015.
- Kafka F. Diarios. Barcelona: Plaza y Janés; 2010.
- Vila Matas E. El mal de Montano. Barcelona: Anagrama; 2007.
- Bolaños R. *Los detectives salvajes*. Barcelona: Anagrama; 1998.
- Franzen J. Cómo estar solo. Buenos Aires; Seix Barral; 2004.
- Villoro J. De eso se trata. Ensayos literarios. Barcelona: Anagrama; 2006.
- Ruisánchez J, Zavala O. Materias dispuestas: Juan Villoro ante la crítica. Barcelona: Editorial Candaya; 2011.
- King S. Mientras escribo. Barcelona; Plaza y Janés; 2001.
- Caparrós M. El interior. Buenos Aires: Seix Barral; 2006.
- Vila Matas E. Historia abreviada de la literatura portátil. Barcelona: Anagrama; 2005.
- Byung-Chul Han. En el enjambre. Buenos Aires: Herder; 2015.
- Manguel A. Una historia de la lectura. Buenos Aires; Siglo XXI Editores Argentina; 2014.
- Serra Bradford M. La biblioteca ideal. Buenos Aires: La Bestia Equilátera; 2009.

La narrativa de los medios y la investigación científica

María de los Ángeles López Geist

Médica Psiquiatra

Co-fundadora del Capítulo de Medios y Semiología de la Vida Cotidiana de APSA

E-mail: lopezgeist@yahoo.com.ar

“Todo individuo tiene derecho a la libertad de expresión; este derecho incluye el de no ser molestado a causa de sus opiniones, el de investigar y recibir informaciones y opiniones, y el de difundirlas, sin limitaciones de fronteras, por cualquier medio de expresión.”

(Declaración Universal de los Derechos Humanos.
Asamblea General de las Naciones Unidas. Artículo 19; 1948)

Resumen

Varias preguntas acerca de la transmisión del conocimiento científico abren el juego para dar cuenta del ámbito de las publicaciones académicas y la diversidad de actores involucrados. Se hace hincapié en la relación entre investigadores científicos y periodistas científicos, y las cuestiones que ambos manejan con legítimos pero diferentes criterios. La complejidad de la trama narrativa en el discurso de la ciencia se despliega frente a la incertidumbre y la controversia. Se abordan algunas historias científicas conocidas en los medios por sus aspectos fraudulentos, como las de Andrew Wakefield, Hwang Woo Suk y John Bohannon para ilustrar el rol de los medios y de los factores de poder en la construcción social del conocimiento al tiempo que se cuestionan prejuicios hacia las modalidades de Acceso Abierto. Se plantea la situación particular de los investigadores frente a las corporaciones editoriales y los nuevos caminos que están emergiendo a partir de iniciativas de premios Nobel. El libre juego entre los actores en la transmisión del conocimiento científico en la arena pública resulta beneficioso, siempre que se desarrolle con el debido conocimiento y en el contexto del mejor beneficio para las audiencias, a las que se asume activas y con opinión preformada.

Palabras clave: Conocimiento científico - Controversia - Fraude - Incertidumbre - Investigadores - Medios - Narrativa - Periodistas - Publicación.

MEDIA NARRATIVE AND SCIENTIFIC RESEARCH

Abstract

The transmission of the scientific knowledge poses the question of the diversity of academic publications and stakeholders. Emphasis is placed on the relationship between scientific researchers and science journalists, and some issues that both handle with legitimate but different criteria are discussed. The complexity of the narrative in the discourse of science is evidenced when uncertainty and controversy take place. Some well-known bogus scientific stories in the media, such as Andrew Wakefield, Hwang Woo Suk and John Bohannon illustrate the role of the media and the factors of power in the social construction of knowledge. Some prejudices against Open Access are questioned. The particular situation of researchers is raised when they are against corporations and publishers, and new options are emerging from initiatives from Nobel laureates. Free play between the actors outlined in the transmission of scientific knowledge in the public arena is useful when it is developed with due knowledge, and in the context of the best interest of the audience, which is presumed active and having its own opinion.

Key words: Scientific knowledge - Controversy - Fraud - Uncertainty - Researchers - Media - Journalists - Academic publishing.

Introducción

¿Para qué serviría un conocimiento científico si nadie accede a él? ¿Cómo acceder a un conocimiento sino a través de su difusión o su divulgación? ¿Quién relata, cuenta o narra acerca de un conocimiento nuevo? ¿Cómo, dónde y con qué lenguaje? ¿A qué género pertenece la literatura científica? ¿Quién determina qué es lo que se debe dar a conocer en el marco de la ciencia? ¿Cuál es el “contrato de lectura” (1) de las revistas científicas?

Para responder a estas preguntas estamos obligados a dimensionar la enorme cantidad y diversidad de personajes con poder en juego: científicos, divulgadores, periodistas, editoriales, gobiernos, diseñadores y efectores de políticas en general, necesitamos valorar los factores históricos y contextuales, y evaluar la evolución-revolución de las posibilidades de transmisión y comunicación en el mundo actual.

Ya no es posible para los científicos reunirse personalmente en la Escuela de Atenas al margen del oscurantismo medieval como lo imaginaba Rafael Sanzio, o en Alejandría, ni es posible que se comuniquen a través de anotaciones en los márgenes de los libros, como hacían los científicos en los colegios invisibles del siglo XVII.

Desde la aparición del *Journal des Savants*, en 1665, que comenzó con formato de panfleto de doce páginas antes de convertirse en revista, las publicaciones académicas en formatos cómodos y accesibles crecieron exponencialmente y se diversificaron según contenidos, audiencias, modos de subvención, según referatos e índices de impacto, según modalidades de edición. También creció el colectivo de personajes alrededor de las publicaciones científicas: pares revisores, editores generales y editores científicos, periodistas científicos, fuentes fidedignas, y podríamos agregar las nuevas funciones requeridas en la divulgación por medios sociales: gerenciadore de comunidades, influenciadores especializados, desarrolladores, que interactúan en la doble dimensión –tiempo y espacio– legitimando nuevas formas de acceso al conocimiento.

Se concibe hoy que un artículo científico en una revista académica es un flujo continuo de conocimiento científico. No es el fin de la historia sino el comienzo, o apenas un tramo. Está a merced de replicación, refutación, impugnación, discusión. Un informe científico sale a la luz y comienza automáticamente a intertextuarse con anteriores y posteriores estudios y con su contexto. Una palabra, una idea, puede devenir concepto, pero ello requiere un andar en el tiempo histórico, como bien ha desarrollado Koselleck en su *Historia de los conceptos* (2). Un “descubrimiento” implica la incorporación de un nuevo pensamiento en nuestro preexistente sistema de ideas.

Las ciencias sociales plantean que el informe científico es un tipo de narrativa que corresponde al paradigma positivista; Denzin y Lincoln expanden las fronteras de la investigación para incluir en el formato autoetnografía, representaciones poéticas y multimedia (3).

Pero no vamos a confundir la investigación narrativa –subsidiaria del “giro narrativo” de las décadas de los

años 80 y 90 incluido en lo que se conoce como “crisis de representación” y que ligada a nuestra disciplina merece un capítulo aparte por las discusiones epistemológicas en juego– con la narrativa de la investigación científica, de la cual nos ocuparemos a través de dos actores fundamentales: investigadores y periodistas.

Investigadores científicos y periodistas tienen una relación signada por la interdependencia, con diversos atravesamientos, tirantezas, desconfianzas y frustraciones por un lado y una creciente cooperación responsable que redundará en un beneficio para las audiencias por el otro. “Ellos tienen una curiosa imagen distorsionada uno del otro” decía Charles P. Snow en 1959, aludiendo a la brecha entre la cultura científica y la literaria (4).

Isaac Newton alternaba entre la física y la alquimia. Su último manuscrito, hallado y subastado en 2016, se trata del mercurio sófico de la Piedra Filosofal. La ciencia y el pensamiento mágico parecen involucrarse y desinvolucrarse a lo largo de los tiempos. Ambiciones y anhelos impensables antaño se entretejen entre fábulas y realidades científicas actuales. ¿Cómo incorporarlos a la vida cotidiana sin la mediación de diversas textualidades?

Los textos de los descubrimientos científicos están penetrados por un entramado histórico y ficcional contextual. Ya en el estudio de la historia, Paul Ricoeur y Hayden White discutían por el narrador: en la historia de la ciencia y en la historia de cada descubrimiento también lo hay. Un narrador más o menos identificable y aun más allá de la autoría en sí misma del nuevo conocimiento, que narra desde un presente condicionado por situaciones culturales, sociales y políticas.

¿Quién determina qué conocimiento científico merece ser publicado? ¿Es una decisión de los científicos?

Ya Virilio advertía que cuando se inventó el barco se inventó el naufragio: con las investigaciones científicas vinieron los fraudes, y entendimos por qué Aristóteles desesperaba en su *Retórica*, por plantear que la verdad, del lado de la ciencia, se diferencia de la verosimilitud, del lado de la *tekné*, del arte, en lo que podría ser quizás la mejor lección de narrativa de la historia.

Cuando la ciencia logró combatir la viruela que tantas vidas se había cobrado, el pensamiento mágico rodeó el hecho de ideas siniestras y demoníacas. Era maligno torcer los designios de Dios en los contagios de la viruela. De esa época, teñido de pseudo-religiosidad, data el inicio de los movimientos anti-vacunas, capaces aún en la actualidad de influir a través de los medios distorsionando el conocimiento científico público.

Los objetivos de los párrafos siguientes serán: en primer lugar, plantear algunas temáticas en juego en la realidad social de los investigadores para comprender la complejidad creciente del ámbito científico; en segundo lugar, delinear la realidad del conocimiento-desconocimiento científico del público en la trama investigador-periodista con el fin de dar marco a nuestro vínculo con los medios y con los profesionales de los medios.

Planteado esto, he aquí a nuestros actores principales: P (periodista) e I (investigador).

Publicar

Los investigadores publican o perecen, como dice el conocido aforismo, forzados a dar cuenta de aquello por lo cual reciben subsidios, fondos, becas, generando un material de cuyo costo y publicación vivirán otros. Estos otros son los medios generalmente gráficos que los editan. Así, “una vez producido el texto de la investigación (con su depurado *abstract* que resume en párrafos concretos la pregunta esencial, con el diseño, hipótesis, otras preguntas y objetivos, con el método exactamente expuesto y con el planteo de la discusión y los resultados), el investigador se encuentra lanzado a una vorágine similar a la de un productor tratando de insertar su producto en el mercado. ¿Dónde publicar?” (5).

Todo investigador sabe que publicar en algunas revistas parece dar garantía de que se abrirán puertas a futuras investigaciones, porque gozan de muy buena reputación. Por ejemplo: *Science*, *Nature*, *Cell*, han publicado a lo largo de casi dos siglos los avances de la ciencia y han seguido a la mayoría de los premios Nobel desde antes de que éstos ganaran dicho premio.

Los científicos difunden sus conocimientos a sus colegas expertos, a expertos en campos cercanos, a expertos en otros campos científicos y a veces realizan también actividades de divulgación en la arena pública, campo en el que compiten con los periodistas.

Por otro lado, hay una ciencia de la comunicación de la ciencia. Hay un discurso de la ciencia, y una construcción social del discurso de la ciencia. Y si la política es la aplicación del conocimiento, se comprende la avidez del poder por el control del discurso sobre el conocimiento.

Significa que en la misma esfera pública en que se mueven periodistas e investigadores existe la red ubicua de los medios y el campo de las audiencias, concebidas ya no como receptores pasivos, sino como sujetos activos, con opinión propia, con juicios y prejuicios preformados. Y en esa interacción medios-audiencias circularán desde el “efecto de realidad” de Roland Barthes (6) a “lo verosímil” de Todorov (7), incluyendo el ineluctable e incontrolable “efecto de sentido”, todos ellos involucrados no sólo en la construcción de la percepción de la ciencia sino, lamentablemente, también en la construcción de la pseudo-ciencia.

Existen entonces tensiones entre periodistas e investigadores que derivan de la especificidad de sus intereses y poderes legítimos. Los periodistas tienen el poder de dar visibilidad a la noticia científica y los investigadores tienen el poder de dar la información, pero los criterios de noticiabilidad difieren. Mientras que para los investigadores un gran avance científico puede ser haber conseguido la secuencia completa del ADN de alguna bacteria, evento que a la mayoría del público no le representa nada concreto, para los periodistas puede ser noticia una epidemia o algún hecho que puedan transformar en acontecimiento. De modo que hay naturalmente una disputa por el control interpretativo de la historia. Y aunque el periodista tenga el poder del contenido y del remate de la historia con su narración, el científico con-

serva en la sociedad la autoridad penetrante con su versión. Excepto, como enseña Sharon Dunwoody, cuando se trata de ciencias nuevas o controversiales (8). Estas permiten las “noticias científicas” y aquí los periodistas pueden adquirir mayor relevancia en la construcción de opinión del público.

Una conocida estrategia para crear novedad es asociar un descubrimiento, por más nimio que sea, a una gran cuestión trascendente y candente.

Controversia e incertidumbre van de la mano o a contramano según la representación de la incertidumbre que tienen los científicos, según cómo los periodistas se las arreglan con ella, y según cómo responde el público (8).

Embelllecimiento de datos: la ciencia, el fraude, el cocinero y los medios amantes

El editorial de *Nature* “El embellecimiento de datos y el fraude” (9) parece estar aludiendo a ese deslizamiento hacia la ficción que produce la necesidad de convertirse en el “gran narrador de la verdad” que captura con fanatismo a algunos científicos. Al parecer, según rescata Kuisma Korhonen, la palabra “*fictio*” en latín se refiere no tanto a la invención o a la mentira sino a la operación de “moldear y dar forma a una materia preexistente” (10).

Primera historia

En 1998, *The Lancet* publicó un polémico estudio realizado por un cirujano inglés, Andrew Wakefield, quien advertía una relación causal entre la vacuna triple viral MMR (paperas, sarampión, rubéola) y la aparición de un cuadro a los catorce días de su aplicación, que consistía en una enfermedad intestinal inflamatoria y síntomas de lo que llamó “autismo regresivo”. Describió doce casos de niños a los que había sometido a reiterados estudios invasivos con el fin de documentar sus hallazgos. Wakefield tuvo rápida repercusión y actuación mediática, y el Movimiento Anti-Vacunas, que tiene similitudes con las sectas en su funcionamiento, se embanderó detrás del científico, criticado por sus colegas por hacer “ciencia por comunicados de prensa”. Muchos artistas y personajes políticos famosos dejaron de vacunar a sus niños.

Sin embargo, ningún equipo de investigadores logró reproducir los hallazgos ni confirmar las hipótesis de Wakefield. Este importante detalle y la vehemencia persistente de Wakefield, de conferencia en conferencia, llamaron la atención de un periodista científico. Brian Deer logró tener acceso a las historias clínicas de los doce niños estudiados en el Royal Free Hospital. Descubrió que Wakefield no había tenido las autorizaciones pertinentes del comité de ética hospitalario y comprobó que varios niños carecían de diagnóstico de autismo y que algunos lo tenían con anterioridad a ser vacunados. Así que decidió entrevistar a las familias, las que confirmaron los datos de las historias clínicas. Los niños no tenían una enfermedad en común, pero las doce familias compartían la creencia de que sus hijos habían sido dañados por la

vacuna y compartían el mismo estudio de abogados que había financiado la investigación de Wakefield buscando tener evidencias para llevar a juicio.

Brian Deer publicó en 2004 en el *Sunday Times* sus hallazgos, que le valdrían un premio, lo que motivó que se abriera una investigación oficial por mala praxis contra Wakefield en el Reino Unido. Sólo en 2010 *The Lancet* se retractó totalmente, cuando se le revocó la licencia médica a Wakefield, hallado culpable de fraude y abuso de niños con discapacidad de desarrollo entre las 32 acusaciones probadas. Se descubrió que, antes de la publicación de *The Lancet* en 1998, Wakefield había patentado una vacuna contra el sarampión que nunca vio la luz y un kit para diagnóstico de enfermedad de Crohn.

El *British Medical Journal* publicó la investigación de Brian Deer en 2011 por la cual Andrew Wakefield inició juicios contra el autor y la revista, primero en el Reino Unido y más tarde en Indiana (11). Perdió ambos y debió pagar todas las costas. Pero nunca se desdijo de sus teorías.

A pesar de los múltiples seguimientos de cientos de niños en estudios de cohortes de países nórdicos y del contundente estudio de la Universidad de Sydney –seguimiento de un millón de niños vacunados– que descartaron la conexión entre vacuna y autismo, y aun con el mensaje expreso de la Organización Mundial de la Salud de apoyo y recomendación de la vacunación, la política del miedo se mantuvo vigente a través de las campañas de los medios que continuaron incluyendo en su agenda el itinerario de conferencias de las cuales viven en la actualidad Wakefield y su esposa, acérrimos militantes contra la vacuna.

Las paperas, el sarampión y la rubéola reaparecieron en los países de habla inglesa –Estados Unidos, Reino Unido, Australia– con casos fatales.

Con alguna reminiscencia “*freddykruegeriana*” de eterno retorno, en febrero de 2016 Wakefield se recicló como guionista de la película *Vacunados*, que Robert de Niro presentaría en el Festival de Cine de Tribeca. Pero el actor, que promovía el filme a instancias de la madre de su hijo autista, decidió retirarla antes del estreno luego de su decisión de hacer consultas con especialistas en salud.

Segunda historia

El hombre siempre soñó con ello y existe una profética producción literaria y cinematográfica sobre la fabricación de dobles, humanoides y muertos vivos.

Generar nuevas vidas en probetas de laboratorio fue posible. La ciencia logró clonar animales. Un veterinario, Hwang Woo Suk, lo hizo en la Universidad Nacional de Seúl, Corea del Sur, convirtiéndose en líder de la investigación de células madre. El primer perro clonado: un afgano, Snuppy (*Seul National University-py*, emulando a Snoopy). La revista *Science* lo difundió en 2005.

Science también publicó el trabajo de Hwang Woo Suk sobre la clonación supuestamente lograda de embriones humanos en 2005. ¿Cómo no inscribir en el marco his-

tórico-político de este descubrimiento de Corea del Sur la seducción fatal de ocupar el lugar de un Creador y el anhelo de inmortalidad, además del altísimo índice de impacto de su difusión y de su efecto mediático? El país que había resurgido como Ave Fénix de sus cenizas necesitaba un supercientífico. Y allí estuvo el descubrimiento, con su trama histórica, su trama contextual y su narrador. Pero era falso.

Esta vez fue un corresponsal de *Nature* en Asia el que escuchó rumores sobre los 242 embriones humanos que Hwang compró a sus colaboradoras. David Cyranoski deslizó a Hwang de la fama a la infamia. En 2004 cuestionó sus investigaciones, pero sólo después de la publicación en *Science*, y a partir de algunas sospechas anónimas, una comisión de nueve investigadores de la Universidad de Seúl revisó los estudios encontrando irregularidades severas. Estos informes fueron inicialmente descalificados por Hwang (12).

Sin embargo, en 2006, Hwang fue procesado y hallado culpable de malversación de fondos del Estado y de violación de normas éticas por el uso de embriones humanos y condenado a dos años de prisión en suspenso, además de su expulsión de la universidad. Pero revisadas sus investigaciones anteriores, se dio por valedero a Snuppy.

Durante algunos años el ídolo caído desapareció de los diarios, pero si se rastrea en *PubMed* el nombre de Hwang Woo Suk se puede comprobar que continuó publicando en revistas reconocidas en forma regular durante la última década, con altos índices de impacto devenidos de su alta mediaticidad. Y si se lo rastrea en Google, fácilmente se lo ubica en una empresa privada de clonación: *SooamBiotech*, donde se clonan unas 500 mascotas por día. Los medios se entusiasmaron cuando se barajó la idea de clonar un mamut congelado encontrado en Siberia implantándolo en un elefante.

En 2014 volvió a ser noticia cuando adquirió en Estados Unidos la patente de clonación humana que aún no ha sido lograda. Hwang sí se mostró arrepentido de haber publicado falsos resultados, aduciendo que estaba tan seguro de estar próximo a ese resultado que quiso evitar que se le adelantaran en la publicación.

A pesar del descrédito entre sus colegas, Hwang ha seguido siendo el mimado de *lobbies* muy adinerados interesados en sus investigaciones.

Tercera historia

En 2015, un joven y talentoso biólogo y periodista científico colaborador de *Science* fue el responsable de una noticia que se viralizó en los medios de todo el mundo: “El chocolate ayuda a bajar de peso”.

John Bohannon, con el seudónimo de “Johan Bohannon” para parecer alemán, creó una falsa página web inventando un Instituto de Dieta y Salud, contrató a un grupo de voluntarios deseosos de colaborar en la realización de un documental sobre nutrición, un médico que hiciera las pruebas y un estadístico que procesara los datos y llevó a cabo un estudio con muy pocos casos y múltiples variables medidas y concluyó –en un frau-

de intencional— que el consumo de chocolate ayudaba a adelgazar. Lo envió a unas cuantas revistas científicas y logró que, pese al rechazo de los pares revisores y de los editores científicos, los directivos de algunas publicaciones decidieran publicarlo; la más conocida, los *Archivos Internacionales de Medicina*, que lo publicó y a los pocos días lo sacó de circulación. Incluso la nota tuvo eco en la página de internet del servicio de nutrición de un renombrado hospital privado de Buenos Aires.

Unos días después, John Bohannon salió a confesar su broma y a plantear la seriedad de la problemática de las publicaciones. Su interés verdadero había sido en realidad detectar cuántas revistas se tentaban con la promisorio noticia del mediático estudio. “He aquí un pequeño secreto sucio de la ciencia —dijo Bohannon a los medios—. Si se mide un gran número de cosas acerca de un pequeño número de personas, está casi garantizada la obtención de un resultado 'estadísticamente significativo'. Nuestro estudio incluyó 18 diferentes mediciones de peso, colesterol, sodio, los niveles de proteína en la sangre, la calidad del sueño, el bienestar, etc., a partir de 15 personas (uno de los sujetos fue eliminado). Este diseño de estudio es una receta para los falsos positivos”. Esto no hizo más que confirmar el conocido estudio de John Ioannidis “¿Por qué la mayoría de los estudios publicados son falsos?” publicado en PLoS (13).

Aparentemente lo hizo en el contexto de defender la seriedad de las revistas tradicionales frente al exponencial crecimiento de publicaciones de Acceso Abierto, y pocos meses después del embate de los premios Nobel contra las revistas científicas clásicas y las críticas de las universidades más prestigiosas del mundo por las suscripciones cada vez más onerosas.

John Bohannon venía trabajando en el desprestigio de revistas poco serias sin diferenciarlas de las que sí lo son. Ya tenía un artículo publicado en *Science*: “¿Quién le teme a los pares revisores?” (14), cuyo resumen decía: “Docenas de revistas de Acceso Abierto elegidas como blanco aceptaron una parodia de artículo de investigación, en un montaje elaborado por *Science*, planteando preguntas sobre las prácticas de revisión por pares en gran parte del mundo de acceso abierto”. Un fraude para demostrar fraudes: algo confuso para la ciencia pública.

La broma del chocolate no resultó y el efecto no fue el buscado: en primer lugar, el Directorio de Revistas de Acceso Abierto (DOAJ) eliminó de su lista a los *Archivos Internacionales de Medicina* en forma inmediata a pesar de la retractación. El DOAJ, con sede en Suecia, viene instalándose progresivamente en el mundo editorial científico teniendo logros importantes para la comunidad científica, con revisión de pares y alta calidad de ciencia. Similar iniciativa, más restringida, es la de *SciELO* en Latinoamérica. En segundo lugar, el público reflató lo ocurrido con las células madre coreanas: también en las más prestigiosas revistas se publican investigaciones falsas pero de alta noticiabilidad. No se puede atribuir la lacra de los fraudes al Acceso Abierto. En tercer lugar, el público se anotició de que las retractaciones llevan años para llevarse a cabo por la dificultad de acreditar debidamente los fraudes (en el caso de Wakefield en *The Lancet*, de 1998 a 2010).

Es necesario, sin embargo, reconocer que existen listas de “publicaciones depredadoras”, como la lista de Beall, donde se actualiza la aparición constante de revistas de poca calidad editorial que suelen intentar seducir a los científicos para que publiquen en sus espacios sin importar la validez de sus trabajos. El acceso libre a las publicaciones genera una circulación más rápida y equitativa de la información, pero debe estar garantizada la calidad, lo cual es perfectamente posible. Muchas instituciones que otorgan subsidios a la investigación han comenzado a exigir su publicación abierta.

A esta altura cabe la pregunta: ¿qué tan cuestionables son *The Lancet* o *Science* y similares? Los casos mencionados dañaron profundamente la credibilidad de lo emanado por esos santuarios. Y no han sido los únicos. Existe una profusión creciente de publicaciones con retractaciones posteriores en los últimos años. La idea inicial del editor de *Science* frente al fraude de Hwang fue implicar a los pares revisores en la verificación de los resultados y conclusiones, lo que podía generar una pérdida de referentes científicos serios para la honoraria tarea de revisión, por lo que fue desestimada.

Pero quizás los cimientos de las corporaciones editoriales ya estaban en jaque a partir del desarrollo y expansión del movimiento de Acceso Abierto.

Las Declaraciones de Budapest (2002), Bethesda (2003) y Berlín (2003) configuraron un buen encuadre para las rutas dorada y verde, y las universidades e instituciones académicas del planeta se plegaron masivamente a cumplir los requisitos de repositorios.

Una pequeña historia previa al asunto del chocolate: cuando Elsevier —que obtiene márgenes de ganancia mayores que Coca-Cola y BMW e iguala a Apple— financió a una congresista de Nueva York, Carolyn Maloney, para impulsar el Acta de Trabajos de Investigación, proyecto que suponía poner fin a la política de acceso público de los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos en beneficio de las editoriales privadas, para muchos científicos reconocidos fue la gota que rebalsó el vaso.

En lo que parecía una misión imposible, la campaña “El costo del conocimiento” impulsada por Timothy Gowers, medalla Fields en Matemáticas 1998 (equivalente al Nobel), reunió en menos de un mes más de 12000 firmas de premios Nobel e investigadores de primera línea que se comprometieron a no publicar en las revistas del llamado “oligopolio académico”, ni brindar servicios como pares revisores. Varias universidades, como la de California, Harvard, Konstanz, se plegaron en su advertencia de boicot suprimiendo suscripciones.

El éxito aplastante tuvo como resultado la pronta comunicación de Elsevier de su retiro del apoyo al proyecto de ley. Simultáneamente, las universidades de Holanda lograron que progresivamente, en un aumento gradual del 10% por año, las publicaciones en revistas de Elsevier generadas por autores holandeses tuvieran acceso abierto a partir de 2016.

Pero las denuncias públicas de las condiciones desfavorables que las editoriales brindan a los investigadores ya habían llegado a los medios.

Randy Schekman recibió el Nobel de Medicina en 2013 y a los pocos días se esparcieron en los diarios sus opiniones. Declaró que “revistas como *Science*, *Nature* y *Cell* dañan a la ciencia”, denunciando cómo se restringían las publicaciones y comparando la política de la editorial con los fabricantes de carteras lujosas que tienen ediciones limitadas y dejan afuera contribuciones científicas que el mundo necesita. Schekman denunció también los inconvenientes del “índice de impacto” y anunció el inicio de *e-Life*, una editorial en línea con Acceso Abierto, revisión de pares y calidad de científicos. En 2013, la Declaración de San Francisco sobre Evaluación de la Investigación (DORA), iniciativa que abarca todas las disciplinas académicas, convocó a los investigadores del mundo a eliminar este índice, que tiene su origen en conceptos financieros utilizados en la bolsa, sugiriendo evaluar por calidad de trabajo.

Vincent Larivière, titular de la Cátedra de Transformación de la Comunicación Académica, es de la nueva estirpe de investigadores de la Universidad de Montreal. Publicó el 10 de junio de 2015 un artículo en PLoS titulado “El oligopolio de las editoriales académicas en la era digital” (15). Son seis las mayores editoriales académicas del mundo: ACS, Reed-Elsevier, Springer, Wiley Blackwell, Taylor & Francis y Sage. Tienen el control de las publicaciones mundiales desde 1970 y han absorbido paulatinamente una multitud de pequeñas editoriales. Esta consolidación masiva en el poder de la publicación mundial sesga en gran medida el progreso científico.

En marzo de 2016, Carol Greider, Premio Nobel 2009 de Medicina y Fisiología, cometió el pecado de publicar directamente sus investigaciones en un sitio de internet, “rebelándose” según el *New York Times*. La revolución está en marcha, aunque lentamente porque “los investigadores siguen dependiendo de una función esencialmente simbólica de los editores, que consiste en asignar el capital académico”.

Incertidumbre, controversia y otras hierbas

Ahora bien, ¿cómo se las arreglan entonces los periodistas para dirimir cuestiones de exactitud, validez, equilibrio y objetividad, principios de oro de su buena práctica?

Exactitud no es lo mismo que precisión. Lo saben las ciencias exactas y lo sabe un periodista. Puede haber datos muy precisos pero nada exactos. El periodista se preocupa por transmitir con exactitud la versión del investigador, no puede responsabilizarse por la exactitud de los datos científicos, pero para ello están las fuentes fidedignas y confiables. El halo mediático de algunas comunicaciones científicas puede ser un factor de confusión y engaño. Balancear o equilibrar una historia es investigar otras voces, otras posturas, otras opiniones y ponerlas al servicio del lector. Pero no cualquier voz o cualquier opinión, sino aquellas que con conocimiento del tema puedan aportar y sumar a la claridad.

Amantes de la controversia, los periodistas juegan muchas veces la función de perro guardián, como Deer o Cyranoski. Las controversias suelen significar falta de

consenso entre investigadores, pero también se generan cuando las minorías colisionan contra la mayoría de los investigadores, como en el caso del movimiento antivacunas.

Así, el manejo o la generación de incertidumbre, y de su efecto en el público, depende de la retórica de los medios, considerando que la incertidumbre científica es aquella que deviene tanto de la falta de conocimiento derivada del propio avance del conocimiento como del desacuerdo del conocimiento que actualmente existe.

Invitada por la Cátedra de Periodismo Científico de la Universidad de Laval, en Quebec, Sharon Dunwoody dio una conferencia donde planteó algunas creencias o quejas habituales: “Que los periodistas crean controversia donde no la hay, que exageran las controversias existentes a través del sensacionalismo, y que destacar los aspectos controversiales de la ciencia es malo para la reputación de la ciencia”. Sin embargo, para los especialistas, “la controversia es un rasgo natural de la construcción del conocimiento humano, la controversia sirve como señal importante para las audiencias y favorece el aprendizaje del público. También mejora la confianza de la cultura científica en otras partes de la sociedad, los medios entre ellas”.

Cuando la incertidumbre aparece en el marco de la ciencia pública, puede reducir la autoridad percibida de la ciencia. El conocimiento incierto puede ser tomado como conocimiento científico certificado y usado en la arena política.

Para Vladimir de Semir, “[l]os medios son los principales responsables de que la incertidumbre con la que avanza el conocimiento científico se transforme en percepción de riesgo y en sensación de peligro” (16).

Es importante distinguir que la ciencia construye incertidumbre y que el *expertise* en el manejo de esa incertidumbre es lo que se valora en los investigadores. Por otra parte, el manejo mediático de la incertidumbre puede incluir que ésta se presente intencionalmente como conocimiento poco fiable o dudoso y se utilice, por ejemplo, para dilatar decisiones políticas de salud, o como ocurre con las controversias sobre el cambio climático.

Lo que han aprendido los expertos es que se necesitan contra-historias sobre la controversia para mejorar el aprendizaje del público. Sin las historias relatadas por Brian Deer y David Cyranoski, el público no hubiera comprendido jamás el alcance de los actos de Wakefield y Hwang.

Situar en la arena pública una investigación científica es una tarea ardua. Un informe sobre un resultado *in vitro* es tratado a veces como un acontecimiento. En primer lugar, la probabilidad de poder repetirse es baja. En segundo lugar, si aún no ocurrió en un ser vivo, está tan lejos de la posibilidad de llegar a ser posible en el ser humano que se trata de una noticia irrelevante. Pero el público no lo sabe, la aparición en un diario le da al hecho una jerarquía que no tiene en la ciencia. Los resultados negativos de investigaciones no se publican, salvo si otros equipos llegaron a resultados positivos, de modo que es difícil para quien está fuera del campo dimensionar la validez.

No todos los estudios son iguales y no deberían informarse como si lo fueran, dicen algunos periodistas científicos, como Gary Schwitzer (5). Sugieren usar la pirámide de jerarquía de la evidencia para no llevar confusión a la audiencia, habida cuenta de los intereses económicos o publicitarios que suelen estar en juego cuando se publican resultados de investigaciones incipientes. En la pirámide que remeda la de Maslow, las ideas y opiniones ocupan la base, o sea, no tienen necesariamente respaldo de evidencia, y a medida que se suben escalones, la calidad de la evidencia es creciente: están los estudios *in vitro*, los estudios en animales, los estudios de casos, las series de casos, los estudios de cohortes, los estudios a doble ciego controlados randomizados, que son las estrellas de las investigaciones científicas, y las revisiones sistemáticas y meta-análisis en la cúspide.

La importancia de contextualizar siempre la validez de la evidencia y plasmarla en la comunicación es responsabilidad de ambos: investigador y periodista.

El lenguaje de la transmisión de la ciencia es un tema delicadísimo que no se desarrollará aquí, pero cabe consignar que el deslizamiento que suele haber cuando los investigadores hablan de relación entre variables hacia el erróneo concepto de causalidad es el error más frecuente en la comunicación periodística de la ciencia. La ciencia debe ser transmitida por periodistas especializados en el área.

Reflexiones finales

El “giro narrativo” parece haber recogido los ecos del lacerante y existencial grito “munchiano” de Walter Benjamin (17) clamando por la narración en riesgo de extinción. El retorno de la narrativa parece intentar devolvernos una integridad identitaria que se encuentra vulnerabilizada mientras atravesamos un mundo cada vez más fragmentado, diverso, alterado. No son casuales las actuales tendencias narrativas en los ámbitos de formación de periodistas científicos, por ejemplo, el *Knight Science Journalism* del MIT, la jerarquización de la formación de periodistas científicos en la Facultad de Ciencias Exactas de la UBA, que de curso pasó a ser carrera en 2015, y las nuevas carreras en la Universidad Nacional de las Artes, como Artes de la Escritura, nacida en 2016, y el auge y repercusión de los talleres de FLACSO sobre periodismo narrativo. Se necesitan “nuevos narradores de la ciencia”.

La narrativa de los eventos científicos del mundo o de los procesos de investigación científica requiere un formato que nos facilite apropiarnos de ellos en medio del vértigo y los saltos monstruosamente enormes que el conocimiento ha dado en las últimas décadas. Sólo las formas subjetivantes, que nos permiten primero imaginar experiencias, e integrarlas luego a nuestra vida cotidiana, logran no deshumanizarnos. Pero no sólo eso: también nos devuelven la posibilidad de soñar, y proyectar un futuro donde lo imposible de ser pensado hoy tenga lugar mañana ■

Referencias bibliográficas

- Verón E. El análisis del contrato de lectura, un nuevo método para los estudios de posicionamiento de los soportes de los media [Internet]. Disponible en: http://www.catedras.fsoc.uba.ar/delcoto/textos/veron_eliseo_analisis_del_contrato_de_lectura.pdf.
- Koselleck R. Historia de los conceptos. Estudios sobre semántica y pragmática del lenguaje político y social. Madrid: Trotta; 2012.
- Denzin N, Lincoln YS. The sage handbook of qualitative research. Third Edition. London: Sage Publications, Thousand Oaks; 2005.
- Snow CP. Las dos culturas. Buenos Aires: Nueva Visión; 1959.
- Schwitzer G. Covering medical research. A guide for reporting on studies. Columbia: Center for Excellence in Health Care Journalism; 2010. [Internet] Disponible en: <http://cdn.journalism.cuny.edu/blogs.dir/422/files/2012/04/Covering-Medical-Research.pdf>.
- Barthes R. El efecto de realidad. En: Barthes R. El susurro del lenguaje. Barcelona: Paidós; 1987.
- Todorov S. Lo verosímil. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo; 1972.
- Friedman S, Dunwoody S, Rogers C. Communicating Uncertainty, media coverage of new and controversial science. NY-London: Taylor & Francis Group; 1999.
- Editorial. Beautification and fraud. *Nat Cell Biol* 2006 Feb; 8 (2):101-2.
- Korhonen K. Tropes for the past. Hayden White and the history/literature debate. Amsterdam: Rodopi; 2006.
- Deer B. How the case against the MMR vaccine was fixed. *BMJ* 2011 Jan 5; 342: c5347.
- Cyranoski D. Who's who. A quick guide to the people behind the Woo Suk Hwang story [Internet]. Disponible en: <http://www.nature.com/news/2006/060109/full/news060109-9.html>.
- Ioannidis JP. Why Most Published Research Findings Are False. *PLoS Med* 2005 Aug; 2 (8): e12.
- Bohannon J. Who's Afraid of Peer Review? *Science* 2013 Oct 4; 342 (6154): 60-5.
- Larivière V, Haustein S, Mongeon P. The oligopoly of academic publishers in the digital era. *PLoS One* 2015 Jun 10; 10 (6): e0127502.
- De Semir V. Decir la ciencia. Divulgación y periodismo científico de Galileo a Twitter. Barcelona: Ed. Universidad de Barcelona; 2015.
- Benjamin W. El narrador. Madrid: Taurus; 1991.



el rescate y la memoria

Historia de la Cátedra de Neurología de la Universidad de Buenos Aires (1887-2007)

Ricardo F. Allegri

*Servicio de Neurología Cognitiva, Instituto de Investigaciones Neurológicas "Raúl Carrea" (FLENI), Buenos Aires, Argentina
Universidad de la Costa (CUC), Barranquilla, Colombia
E-mail: rallegri@fleni.org.ar*

Leonardo Bartoloni

*Servicio de Neurología, Hospital General de Agudos "Abel Zubizarreta"
Buenos Aires, Argentina*

Roberto E. Sica

*Sector Neurología, Instituto de Investigaciones Cardiológicas "Alberto Taquini",
Universidad de Buenos Aires, Argentina*

La neurología argentina tuvo sus orígenes a fines del siglo XIX con la apertura en 1885 del primer servicio hospitalario de enfermedades nerviosas en el Hospital "San Roque" de Buenos Aires, y en 1887 con la creación de la primera cátedra en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Esto sucedía tan solo cinco años después de la creación de la Cátedra de Neurología en la Facultad de Medicina de París, cuyo titular fue Jean-Martin Charcot (1825-1893). Si bien la especialidad fue siguiendo los avatares políticos del país, pasando por períodos de brillantez y otros de oscurantismo, siempre ocupó en el seno de la Universidad de Buenos Aires y por iniciativa de sus profesores un lugar pionero en Sudamérica y a nivel internacional (ver Figura 1) (1).

El objetivo de este trabajo es estudiar el origen, la evolución y la importancia de la Cátedra de Neurología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en el desarrollo de la neurología argentina.

Materiales y métodos

Fueron revisados todos los datos disponibles desde los orígenes hasta el año 2007 (se tomó esta fecha a partir de la cual se encuentran en funciones los profesores titulares actuales) en los archivos de la biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, de la Asociación Médica Argentina y de la Sociedad Neu-

rológica Argentina. Se realizó una búsqueda en el *Index Medicus*, *Embase*, *Scopus* y *LILACS* (Literatura latinoamericana) con las palabras clave "neurología, historia, Argentina, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires". También fueron consultados los artículos de historia aparecidos en la *Revista Neurológica de Buenos Aires*, en la *Revista Neurológica Argentina* y en *Neurología Argentina*. Se revisaron las páginas de internet de la Sociedad Neurológica Argentina y de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Por último se utilizó información relevante de transmisión oral proporcionada por especialistas locales. Esta última fue corroborada al menos por dos fuentes distintas.

Resultados

El desarrollo de la Neurología en el ámbito de la Universidad de Buenos Aires acompañó y guió al de la especialidad en Argentina (1). Tal desarrollo puede ser dividido en períodos que marcan la orientación de las ciencias médicas en el contexto social y político del país: los primeros trabajos neurológicos a partir de los orígenes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (1821-1887); la creación de la cátedra de Neurología en esta universidad (1887-1913), que corresponde a la etapa fundacional y que la convierte en una disciplina independiente; el período de afianzamiento

Resumen

En 1887, sólo cinco años después de que Jean-Martin Charcot fuera designado profesor de Neurología en París, José María Ramos Mejía devino el primer profesor de la especialidad de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y también el primero en Sudamérica. Ramos Mejía convocó a tres asistentes, que fueron quienes dieron la orientación inicial a la cátedra: el neuropatólogo Christofredo Jakob, el clínico José A. Esteves y José Ingenieros. A partir de allí, la neurología argentina fue recorriendo una primera etapa de desarrollo clínico-patológico (1913-1941), seguida por otra de orden clínico-semiológico (1941-1987), para finalmente alcanzar su etapa moderna con la creación de las subespecialidades que actualmente se mantienen. La neurología argentina ha hecho importantes contribuciones. Entre las más destacadas se cuentan el diagnóstico de complicaciones neurológicas en enfermedades regionales endémicas como el Chagas, el enfoque clínico de las demencias, y la patogenia de las enfermedades extrapiramidales y de otras degenerativas primarias del sistema nervioso central, en particular la esclerosis lateral amiotrófica. En años recientes, la política de globalización planetaria la ha favorecido permitiéndole participar en proyectos cooperativos internacionales que contribuyeron al rápido crecimiento local de la especialidad.

Palabras clave: Neurología argentina - Cátedra de Neurología - Historia de la Medicina - Universidad de Buenos Aires.

HISTORY OF THE DEPARTMENT OF NEUROLOGY AT THE UNIVERSITY OF BUENOS AIRES (1887-2007)

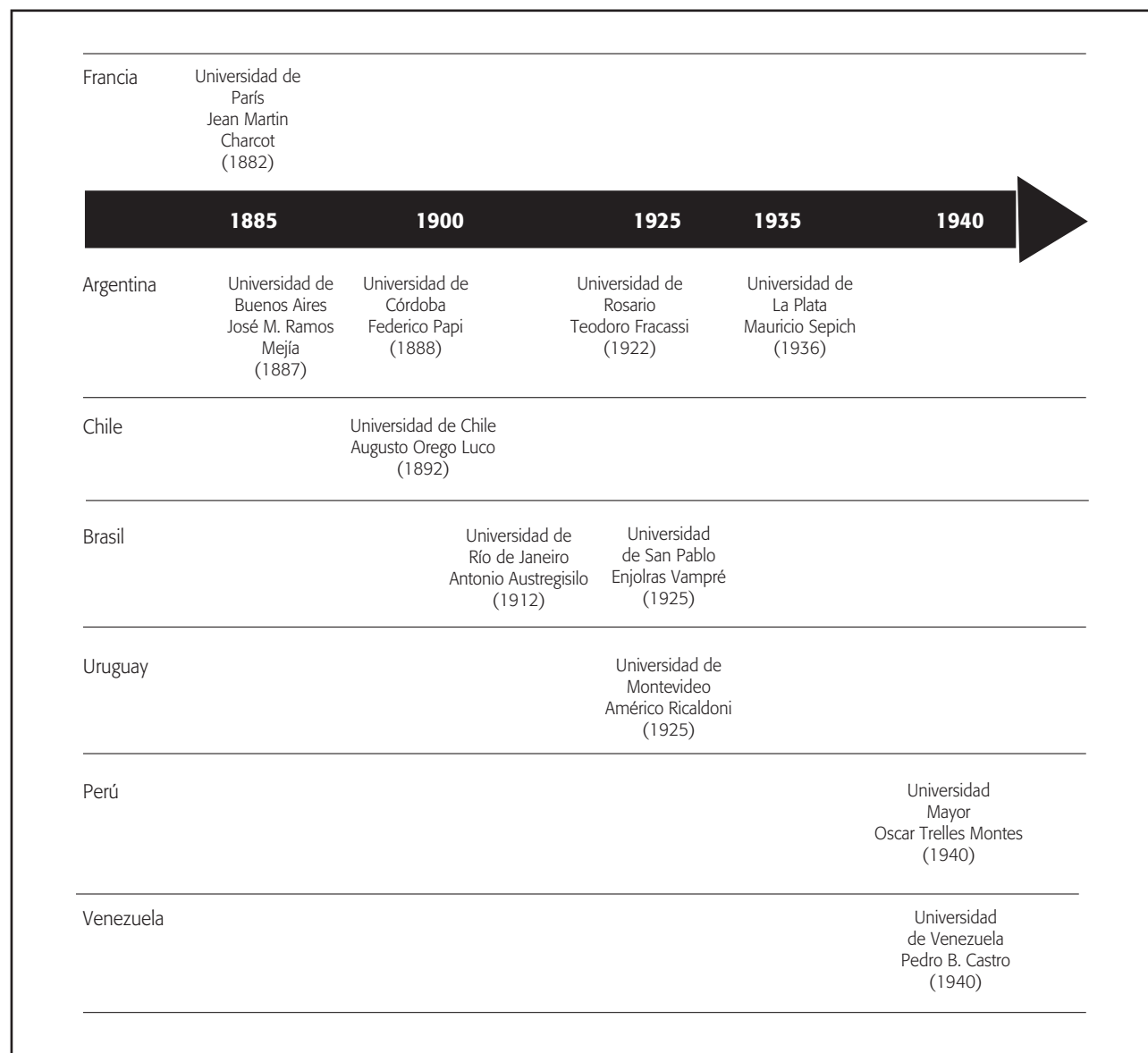
Abstract

In 1887, only five years after Jean-Martin Charcot was awarded the Head of Neurology at "La Salpêtrière" in Paris, José María Ramos Mejía became the first professor of Neurology in South America, at the School of Medicine of the University of Buenos Aires. Ramos Mejía convoked three assistants, the neuropathologist Christofredo Jakob, the clinician José A. Esteves and José Ingenieros. Hence it followed that Neurology in Argentina took a stand based on a clinical neurology-neuropathology approach (1913-1941) followed by a clinical-semiological attitude, finally inserting itself within the modern times (1941-present) by creating subspecialties.

Throughout its history, Argentina has made remarkable contributions to Neurology, such as the diagnosis and pathogenesis of the nervous system involvement occurring in some regional endemic disorders -for instance, Chagas' disease-, the clinical approach to the diagnosis of dementias, and the pathogenesis of extrapyramidal illnesses and other primary degenerative diseases of the central nervous system, mainly amyotrophic lateral sclerosis. On the other hand, in recent years globalization allowed neurologists to participate in international cooperative projects, favoring a swifter development in the practice of this discipline.

Key words: Neurology in Argentina - Department of Neurology - History of Medicine - University of Buenos Aires.

Figura 1. Creación de las cátedras de Neurología en Sudamérica (1).



anatomo-clínico (1913-1941), en el que primaron las grandes descripciones clínicas y sus detalladas correlaciones neuropatológicas; el período clínico neurológico por excelencia (1941-1987), durante el cual llegó a su cumbre la observación clínica-semiológica; y la etapa de la investigación metodológica (1987 a la fecha), con el nacimiento de las subespecialidades.

Los primeros trabajos neurológicos (1821-1887)

En 1810 se produjo la Revolución de Mayo y se creó una junta de gobierno autónomo en Buenos Aires, que culminó en 1816 con la declaración de la independencia del reino de España y el nacimiento de Argentina como república soberana. Hasta ese momento los estudios universitarios se llevaban adelante en Europa. La creación de

la Escuela de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en 1821 por el gobernador de Buenos Aires Martín Rodríguez fue impulsada por su ministro Bernardino Rivadavia. El material de enseñanza, así como el modelo usado en los primeros años, fue casi exclusivamente de origen francés e italiano. El alumno podía doctorarse en medicina o en cirugía, para lo que debía presentar una tesis. La primera cohorte de médicos se graduó en 1827 (2).

Los primeros trabajos neurológicos de los que se tiene registro, aunque no su texto, fueron de esos primeros años de la Facultad. Los mismos abordaban temáticas neurológicas en el contexto de la medicina interna y fueron presentados en la Facultad como tesis de doctorado. La primera de esas tesis fue presentada en 1827 con el título “Epilepsia: su naturaleza y curación”, por el médico Martín García, quien estaba a cargo de la asistencia

del cuadro de dementes del Hospital General de Hombres de Buenos Aires (3).

Durante el gobierno de Juan Manuel de Rosas (1829-1852) hubo escasas publicaciones neurológicas, que se ocuparon de temas como la apoplejía, la fiebre atáxica, las simpatías, la meningitis, la epilepsia, la histeria y la catalepsia. Consistían en extensas descripciones clínicas, ya que no se disponía de exámenes complementarios ni se practicaban aún estudios anatómo-patológicos (4).

Luego de la caída de Rosas en 1852, la Escuela de Medicina fue separada de la Universidad y pasó a depender directamente del Gobierno de Buenos Aires, el cual le dio la jerarquía de facultad, siendo su primer decano el Dr. Juan Antonio Fernández. En 1858 se inauguró el nuevo edificio propio y se crearon nuevas cátedras que, en general, seguían el modelo de la Facultad de Medicina de París (5). En 1874, la Facultad de Medicina volvió a integrarse a la Universidad de Buenos Aires (6).

Recién a partir de 1879 comenzó a mejorar la producción científica, gestándose el ambiente social más propicio para la separación curricular de la especialidad. En ese año, José María Ramos Mejía (1849-1914) presentó su tesis intitulada "Apuntes clínicos sobre el traumatismo cerebral", en la que ya cita dos casos de trepanaciones. Estudió en ella 17 casos de traumatismo cerebral que dividió en primarios, secundarios y terciarios; vale destacar que esta operación fue publicada por primera vez por Juan J. Bernet en 1856. Luego se fueron sucediendo otras tesis, hasta la creación de la cátedra en 1887 (ver Tabla 1).

La cátedra de Patología Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires fue creada por el Consejo Académico en 1884, que llamó posteriormente a concurso de oposición para ocupar la titularidad. En 1886, luego de un complejo concurso entre los doctores José María Ramos Mejía, Eduardo Pérez y

Tabla 1. Tesis de temática neurológica presentadas en la Universidad de Buenos Aires en el período 1827-1887.

Año	Autor	Título
1827	Martín García	Epilepsia: su naturaleza y curación
1830	Manuel Narvaja	Apoplejía
1832	José G. Acuña	Fiebre atáxica
1836	Francisco Mirazo	Fiebre atáxica
1838	Claudio M. Cuenca	Las simpatías en general
1842	Fermín A. Irigoyen	Meningitis
1843	Francisco Esquirós	Epilepsia
1848	José Lucerna	Histerismo
1850	Francisco Mayer	Catalepsia y éxtasis
1860	Caupolicán Molina	Hemorragia cerebral
1878	José Berra	Lepra anestésica
1879	José María Ramos Mejía	Apuntes clínicos sobre el traumatismo cerebral
1880	Enrique Arana	Estudio de la locura parálitica
1880	Castro Sundlad	Corea de la infancia
1883	Antonio Piñeiro	Localizaciones cerebrales en la alteración del lenguaje y de la visión
1883	Alberto Soldado	Esclerosis lateral de los cordones medulares posteriores
1884	Jerónimo Amuchástegui	De las parálisis diftéricas
1885	Andrés Llobet	Localizaciones cerebrales, investigaciones experimentales, fisiológicas y clínicas aplicadas a la operación del trépano
1885	Luis M. Saravia	Apuntes clínicos sobre la epilepsia (cita por primera vez la sífilis como una de sus causas)
1885	Wenceslao Rodríguez de la Torre	Electro-diagnóstico
1886	Juan H. Videla	Enfermedad de Parkinson
1886	Daniel Pombo	Sífilis cerebral
1887	Gabriel Ardoino	Tratamiento de la neuralgia ciática
1887	Roberto M. Dodds	Estudio de la encefalitis supurada

Lucio Meléndez, este último ganó la partida y se convirtió en el primer profesor titular de Patología Mental. Cabe destacar que el Dr. Meléndez era entonces director del Hospicio de las Mercedes y fue una destacada figura científica y docente que impulsó y organizó la asistencia de alienados en nuestro país.

En 1885 se creó la primera sala de enfermedades nerviosas en el Hospital "San Roque" de Buenos Aires (hoy "J.M. Ramos Mejía"), siendo su primer jefe el Dr. José María Ramos Mejía, quien formaba parte de la generación del 80, esa elite cultural argentina que reflejaba fervientemente los modelos europeos (7). Ramos Mejía era un científico positivista pero con una gran formación humanista que se destacó en la política de la época. Los acontecimientos previos en el contexto del modelo social humanista y el positivismo científico imperantes luego de la caída de Rosas, sumados a la influencia política de Ramos Mejía, precipitaron sin duda la creación de la cátedra de Enfermedades Nerviosas en la Universidad de Buenos Aires.

Creación de la Cátedra de Neurología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (1887-1913)

La "Cátedra de Enfermedades Nerviosas" de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires fue creada el 17 de febrero de 1887 por el Consejo Académico presidido por el decano Dr. Pedro Antonio Pardo. Los postulantes al concurso de oposición fueron los doctores José María Ramos Mejía, Juan B. Señorans e Inocencio Torino; finalmente fue seleccionado Ramos Mejía como primer profesor titular (8).

Anecdóticamente se ha planteado que Ramos Mejía impulsó la creación de la Cátedra de Enfermedades Nerviosas, empleando sus recursos políticos, en respuesta a la afrenta que sintió cuando Lucio Meléndez (1844-1901) ganó el concurso de la Cátedra de Patología Mental.

En ese momento, en su doble condición de primer profesor titular y primer jefe de sala para enfermedades neurológicas, aparece como el responsable de la creación de los ámbitos institucionales para la enseñanza y el ejercicio de la Neurología en nuestro país (4).

En abril de 1887 se iniciaron las actividades de la cátedra en el servicio del Hospital "San Roque". En ese mismo año se ubicaron en el primer semestre del quinto año la cátedra de Patologías Mentales y en el segundo semestre la de Enfermedades Nerviosas. Luego, en el sexto año de la carrera, el estudio se hacía a la inversa. El tipo de enseñanza que se impartía en ese momento en la cátedra era eminentemente práctica, en la cabecera de la cama del enfermo.

Según Ingenieros, las lecciones de Ramos Mejía eran charlas informales, eminentemente prácticas, con sus alumnos a la cabecera del enfermo, evitando, como decía el titular, la denominada "ciencia de papel" (8).

No le gustaban las clases magistrales, el público lo incomodaba y su oratoria era pobre. El mismo decía "... es tiempo perdido para el que puede escribir obras propias, preparar dos veces por semana un discurso sobre temas que están tratados en los libros de texto" (3). Sin embargo, su clara inteligencia y su vasta cultura compensaron ampliamente ese defecto. Su conferencia inaugural, dice Ingenieros, fue toda una pieza académica y en ella marcó rumbos definitivos en

Tabla 2. Programa de la primera Cátedra de Neurología (1887).

- La herencia	- Encefalitis aguda y absceso de cerebro
- La neurastenia	- Tumores de cerebro
- La histeria	- Enfermedades de las meninges
- Accidentes histéricos	- Meningitis tuberculosa
- Accidentes motores de la histeria	- Sífilis cerebral
- Accidentes tróficos y vasomotores	- Parálisis general
- La epilepsia	- Neuritis periférica
- Epilepsia parcial	- Mielitis difusa aguda
- La Corea	- Ataxia locomotriz progresiva
- Bocio exoftálmico	- Enfermedad de Friedreich
- Enfermedad de Parkinson	- Esclerosis en placas
- Parálisis del facial	- Esclerosis lateral amiotrófica
- Congestión cerebral	- Miopatía primitiva progresiva
- Reblandecimiento cerebral	- Tumores de la protuberancia

la enseñanza, encauzándola con admirable precisión doctrinaria (10).

La neurología argentina basada en el modelo europeo, particularmente francés, nació así estrechamente asociada a la psiquiatría (9). En el programa original de la cátedra (ver Tabla 2) puede observarse la superposición de la neurología y la psiquiatría acorde a la concepción de la época (7,8).

Para comprender la influencia europea y el estado de la ciencia en Argentina en ese momento debe recordarse que Ramos Mejía fue designado en Buenos Aires tan solo cinco años después de la creación de la Cátedra de neurología en la Facultad de Medicina de París, cuyo titular, como se dijo, fue Jean-Martin Charcot, lo cual hizo de Ramos Mejía el primer profesor titular de Neurología en Sudamérica (1).

Ramos Mejía (1849-1914) nació en Buenos Aires y fue miembro de la elite conservadora de la época. Durante el gobierno de Rosas permaneció en el exilio en Montevideo. En 1872 ingresó en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y en 1873 fundó el Círculo Médico Argentino e inició la publicación de la revista científica *Anales*. En 1874 participó de la revolución organizada por Bartolomé Mitre. Fue diputado nacional, presidente del Departamento Nacional de Higiene, Director del Instituto Frenopático y presidente del Consejo Nacional de Educación. La personalidad de escritor, político y psiquiatra sobrepasó a la de neurólogo, como puede observarse en sus obras: *La neurosis de los hombres célebres en la historia argentina*, *Las multitudes argentinas y Rosas y su tiempo*. En suma, Ramos Mejía fue la expresión del positivismo de la generación del 80 (9), marcando esto el inicio de la especialidad en Argentina en paralelo con el nacimiento de la misma en París y en el resto del mundo (11).

Las tres designaciones que inicialmente hiciera fueron claves para la cátedra y el desarrollo de la especialidad. Ello muestra la importancia, desde sus orígenes, de los matices sociológicos, clínicos y neuropatológicos. Ramos Mejía designó en primer lugar a José Ingenieros (1877-1925) como jefe de trabajos prácticos de la cátedra. Ingenieros aportó su perfil más sociológico, como podemos observarlo en sus textos más clásicos: *Las fuerzas morales*, *El hombre mediocre*, *Sociología Argentina* y *Los tiempos nuevos*. Los matices clínicos de la cátedra fueron aportados por José A. Esteves (1859-1927), formado en el Hospital "San Roque". Finalmente, en 1901, incorporó a Christofredo Jakob (1866-1956), neuropatólogo alemán formado con Strumpfell, con quien había publicado un *Atlas del Sistema Nervioso* de sorprendente valor para la época. Su sistematización de los cortes de cerebro y sus investigaciones con técnica para mielina fueron la base para el ulterior desarrollo de la neuropatología argentina (8,7,12).

Por entonces, en 1888, se creó también la cátedra de Enfermedades Nerviosas en la Facultad de Medicina de la Universidad de Córdoba, designándose al neurólogo y neuroanatomista italiano Dr. Federico Pappi como primer titular. Pappi fue contratado exclusivamente para esta función, pero en la década del 90, por la situación

sociopolítica imperante, regresó a Italia. Posteriormente la cátedra fue desempeñada por profesionales locales sin formación específica en la especialidad (13).

Ramos Mejía dictó su último curso el 24 de marzo de 1913, renunciando a su cargo de titular ese mismo año. El Consejo Académico de la Facultad lo designó "Profesor Honorario" en agosto del 1913 (8).

Este período fundacional de Ramos Mejía en la neurología estuvo caracterizado por la articulación de esta con la neuropatología, la psiquiatría, y la sociología, siendo quizás el precursor de la disciplina que muchos denominan en la actualidad neurociencias cognitivas aplicadas. La creación de las cátedras, la interdisciplinariedad de las neurociencias, así como la contratación de un científico de la talla de Jakob o de un neuroanatomista italiano como Pappi, nos vuelve a mostrar la proyección de la Argentina en esa época.

Período de afianzamiento anatómico-clínico (1913-1941)

En 1913 se presentó ante la Facultad de Medicina de Buenos Aires una terna para aspirar al cargo de profesor titular integrada por Luis Agote, Mariano R. Castex y José A. Esteves. El Consejo Académico designó por unanimidad como nuevo titular de la Cátedra de Neurología de la Universidad de Buenos Aires al Dr. José A. Esteves, quien había alcanzado su doctorado con la tesis "La sífilis y las enfermedades venéreas en Buenos Aires" en 1887. Esteves fue mejor docente que su antecesor y aprovechó la colaboración con Jakob para desarrollar el método anatómico-clínico (3). La organización de la cátedra tenía un laboratorio, un consultorio de aplicaciones eléctricas y un encargado de radiología (3). Entre sus publicaciones más clásicas se encuentran: *Hemiatrofia facial progresiva* (1892), *Meningitis cerebroespinal epidémica* (1894), varios trabajos sobre quiste hidatídico, *Corea de Sydenham* (1901), *Un caso mortal de encefalitis letárgica* (1920) y *Neuritis hipertrófica del adulto* (1923). En marzo de 1924 Esteves se acogió a la jubilación (8).

La actuación de Esteves puede sintetizarse diciendo que si Ramos Mejía fue el creador y propulsor de la cátedra, él fue su digno sucesor al darle mayor jerarquía docente (3).

En 1922 asumió como primer titular de la Escuela de Medicina de la Universidad de Rosario el Prof. Dr. Teodoro Fracassi (1888-1960) en el Hospital "Centenario", y en 1923, tras el intento fallido de Pappi, fue nombrado el Dr. Juan Orrico como primer titular de la Cátedra de Neurología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Córdoba (13).

En junio de 1924, ante una terna formada por los doctores Rómulo Chiaporiti, Vicente Dimitri y Mariano Alurralde, el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires eligió como nuevo titular a este último. Alurralde (1873-1944), doctorado en 1898 con su tesis "Contribución al estudio del electrodiagnóstico en las enfermedades del sistema nervioso", había sido ayudante de física médica (1896) y jefe de trabajos prácticos de fisiología (1904-1907). Se formó en neuropatología con el Prof. Jakob, y en 1912 fue

nombrado profesor extraordinario de Clínica Neurológica. Entre 1914 y 1915 fue presidente de la Asociación Médica Argentina y luego jefe del Servicio de Neurología del Hospital "G. Rawson" (1920-1944). Sus clases tuvieron una orientación fisiopatológica y neuropatológica. Publicó trabajos sobre clínica y fisiología experimental entre los que se destacaron: *Nuevas investigaciones sobre la fisiología patológica y patogenia de los temblores* (1904), *Síndromes luéticos en Neurología* (1914), *Frecuencia y formas clínicas de la sífilis nerviosa* (1926), *La malarioterapia en la neurosífilis* (1930), *Síndrome de compresión medular cervical por aneurisma de la arteria vertebral* (1931), entre otros. Alurralde se jubiló en junio de 1940, pasando a revistar como Profesor Honorario (8).

En el tiempo de Ramos Mejía la Neurología se acercaba a la psiquiatría y sobre todo a los fenómenos sociales. Esteves, Jakob y Alurralde llevaron su orientación hacia la clínica, las piezas anatómicas y los preparados histológicos (4).

En 1913 se inauguró en Córdoba el Hospital Nacional de Clínicas, que incluyó entre sus servicios una sala para pacientes neurológicos. En 1935 fue designado Profesor Titular el Dr. Oscar Luque, durante cuya gestión la neurología tomó el carácter de especialidad en la región (13). En 1934 se creó la Cátedra de Neurología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata, siendo su primer titular, en 1936, el Prof. Mariano Sepich.

Período clínico neurológico general por excelencia (1941-1987)

En 1941 asumió como titular de la cátedra de Neurología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires el Dr. Vicente Dimitri (1885-1955), quien le dio el perfil clínico-neurológico más acabado. Dimitri había nacido en Trieste, Italia. Desde 1917 era jefe del Servicio de Neurología del Hospital "M. T. de Alvear" de Buenos Aires, y desde allí impulsó el método anátomo-clínico (4). Dimitri tenía una sólida formación en la especialidad adquirida en sus visitas a centros europeos y basada en la neuropatología de Jakob. Publicó diversos trabajos, incluido uno sobre la angiomasia encefalotrigeminal, denominada desde entonces enfermedad de Sturge-Weber-Dimitri, y otro intitulado *Afasia, estudio anatómico-clínico*, publicado por la editorial El Ateneo (8). Dimitri fundó en 1937 la *Revista Neurológica de Buenos Aires*. En esa etapa se trasladó el objetivo del estudio al enfermo, disponiendo ya de la neuropatología como herramienta en las instituciones docentes y asistenciales asentadas (14).

El profesor Dimitri ejerció una gran influencia sobre quienes lo rodeaban, entre ellos se destacó el Dr. José Pereyra Kafer, quien recuperó para la neurología la Sala del Hospital "J. M. Ramos Mejía", antiguo Hospital "San Roque" (15).

La neurología argentina tuvo en esa época dos líneas académicas muy definidas: por un lado los neurólogos nucleados en la Sociedad Neurológica Argentina provenientes de los hospitales "J. M. Ramos Mejía", "Francés",

"Italiano", "Español", "A. Posadas" y "M. Castex", y por otro en la Asociación Médica Argentina, los de los hospitales "B. Rivadavia", "G. Rawson", "C. Argerich", "M. T. de Alvear", "T. Álvarez", "Militar Central C. Argerich", "Aeronáutico Central" y "C. G. Durand" (15, 16).

El profesor Salomón Chichilnisky (1898-1971) ejerció la titularidad de la Cátedra de Neurología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires entre los años 1952 y 1955. Realizó como una de sus más destacadas contribuciones una labor de enfoque multidisciplinario agrupando a la neurología, la medicina legal y la psiquiatría. Chichilnisky había nacido en Herzona Guvernia, Ucrania, y su familia emigró a Entre Ríos, Argentina, a inicios del 1900 con el plan de colonización del barón Mauricio Hirsch. Sus dotes de escritor lo llevaron a publicar obras culturales como *La verdad* (1958) y *Cuentos crueles* (1964). Fue director del Hospital "José T. Borda", con sólida tradición neurobiológica. Entre sus trabajos más destacados se cuentan los relativos a las funciones frontales, como el intitulado *Tumores de lóbulo frontal*. En 1937 asistió a Ramón Carrillo, con quien mantuvo hasta su muerte una entrañable amistad (8,17).

En el año 1956, el Dr. Marcelino J. Sepich (1897-1968) recibió la designación de profesor titular de la Cátedra de Neurología de la Universidad de Buenos Aires, ejerciendo la misma en el Hospital "G. Rawson" donde ocupaba la jefatura de Neurología (1942-1962). El Dr. Sepich se aplicó a la asistencia, la investigación y la docencia, sobre la que imprimió una clara inclinación por la investigación, manifestándolo cotidianamente con una experta semiología que le brindaba más confianza que el laboratorio al momento de examinar a sus pacientes. Entre sus publicaciones se destacan el *Tuberculoma de cerebelo*, la *Siringomielia* y *Consideraciones sobre 200 casos de parálisis facial periférica a frigore*. Fue presidente de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de la Asociación Médica Argentina, profesor titular de la misma cátedra en la Universidad de la Plata y miembro titular de la Academia Nacional de Medicina (3).

En 1966, Julio Aranovich (1908-1978) fue designado profesor titular de Clínica Neurológica de la Universidad de Buenos Aires. Aranovich desarrolló una gran carrera que tuvo variados matices. Trabajó en histología y anatomía patológica con personalidades como Jakob y el histólogo español Pío del Río Ortega, para luego desempeñarse como clínico en la sala de Neurología del Hospital "T. de Alvear" bajo la jefatura de Vicente Dimitri. Uno de sus investigaciones más destacadas fue el trabajo "El Sistema Nervioso en la senectud", por el que recibió el premio "Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires". Publicó en 1973 uno de los libros clásicos de neurología, que se utilizó durante años en Latinoamérica y del cual todavía pueden encontrarse versiones en las librerías. Se jubiló en 1971 y fue designado profesor emérito en 1977 (8, 18-20).

En el año 1971 el Dr. Tomás Insausti (1914-1981) se adjudicó, por concurso de oposición, el cargo de profesor titular de Clínica Neurológica de la Universidad de Buenos Aires, cuya sede trasladó al Instituto de Neurocirugía "Costa Buero". Tuvo su formación con maestros

como Manuel Balado y Ramón Carrillo. Su vocación por la docencia así como su pragmatismo clínico lo condujeron a crear una de las escuelas de la neurología argentina que tiene grandes discípulos como los Dres. J. Ferreiro, M.L. Morete de Pardal, F. Michelli y M.F. Pardal. Dentro de su producción académica ha tenido un sinnúmero de publicaciones y libros, como el *Compendio de Neurología* entre otros. Se lo consideraba un hombre con sentido común, gran amistad con sus pares y sólidos principios morales. En 1972 fue decano del Cuerpo Médico Forense. En 1974 Insausti fue designado académico de número de la Academia Nacional de Medicina (8).

El siguiente profesor titular de la cátedra de Neurología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires fue el Dr. Diego Brage (1919-2001), quien fue designado en 1983. Brage fue ayudante del Prof. Bernardo Houssay, en 1943 presentó su tesis doctoral sobre "Psitacosis", fue becado por el Consejo Nacional de Investigaciones de España, y estudió junto a José López Ibor. En el año 1979 fue designado por concurso jefe de la Unidad de Neurología del Hospital Gral. de Agudos "Cosme Argerich". Fue miembro honorario nacional de la Asociación Médica Argentina y presidente de la Sociedad Argentina de Esclerosis Múltiple. En 1976 recibió el premio internacional Phronesis otorgado por el rey de España al neurólogo más destacado. Se jubiló el 28 de febrero de 1985 (21).

Luego de la jubilación del Dr. Brage la titularidad de la Cátedra fue ocupada en forma interina entre 1985 y 1987 por el Prof. Adjunto Dr. Julio Cesar Ortiz de Zárate (21). El Dr. Ortiz de Zárate se formó profesionalmente en España junto al histopatólogo Pío del Río Ortega y al psiquiatra Juan José López Ibor, y en Alemania en el Instituto Max Planck, junto al neuropatólogo Julius Hallervorden (22). Su trabajo hospitalario se desplegó en la antigua sala 15 del Hospital "T. de Alvear" con el Prof. Dimitri y en el Centro Neuroquirúrgico "Costa Buero" con Insausti y Carrillo. Luego fue jefe del Servicio de Epilepsia del Hospital "J.T. Borda" y finalmente jefe del Servicio de Neurología del Hospital "Mariano Castex" (hoy "Evita") de San Martín, provincia de Buenos Aires. Colaboraron con él los Dres. L. Tamaroff, J. Rodríguez, I. Weinstien, R. E. Sica, A. Salama y A. Scarlatti (4).

Las conferencias de Ortiz de Zárate eran atrayentes, muy informadas y polémicas, y se atrevía a presentar ante su auditorio un pensamiento crítico de los saberes "a la moda" (22). Fue autor del primer libro de *Genética humana* de nuestro país, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador, asistente extranjero en genética de la Facultad de Medicina de París, miembro de la Deutsche Gesellschaft für Neurologie y miembro de la Royal Society of Medicine de Londres (22).

En esos años la especialidad neurológica se desarrolló en todo el país, con referentes en cada una de sus regiones: en Buenos Aires los ya citados, junto a Gustavo Poch, Alfredo Thomson, Mariano Alurralde (h), Roberto Castelluccio, Héctor Figini, Manuel Somoza y David Monteverde; en Rosario, Teodoro Fracassi y José M. Gutiérrez Márquez; en Córdoba, Alfredo Cáceres, Ángel Monti, Lucía

Bonomi y Santiago Palacio; en Tucumán, Juan Seggiaro; en Mendoza, Hugo Ozan; en La Plata, Francisco Curcio y Jorge Scornick y en Resistencia, Domingo Ameri (11, 23).

Período de la neurología moderna. La instauración del método científico deductivo. El nacimiento de las subespecialidades (1987-2007)

Este período se ha enmarcado en un nuevo cambio de la medicina: el método científico dejó de ser inductivo operando desde lo particular a lo general, desde el caso único a las conclusiones generalizables, para pasar al método deductivo que culmina con la actual medicina basada en la evidencia. Ya no se acepta como en el período anterior dar conferencias de lo que se lee, sino de lo que se hace. Cambia internacionalmente la manera de medir los niveles y la producción académica. En este período ya no basta con ser el mejor docente sino que se debe ser, también, excelente en la asistencia y en la investigación. La producción científica no se mide ya por el número de conferencias o presentaciones en congresos, sino por el número de publicaciones científicas en sistemas evaluados por pares, el factor de impacto de las revistas en las que aparecen, así como el número de citas hechas por otros autores. En este lapso la neurología argentina comenzó a recibir la influencia de la medicina estadounidense por sobre la europea y nacieron las subespecialidades.

En el año 1984, luego de la caída de la dictadura militar, el gobierno de Raúl Alfonsín impulsó una reorganización de la Universidad de Buenos Aires bajo la rectoría del Prof. Dr. Oscar Schuberoff. Como uno de sus efectos, el Prof. Dr. Guillermo Jaím Etcheverry asumió el cargo de Decano de la Facultad de Medicina, otorgado por el voto mayoritario del Consejo Directivo de esa Facultad (21).

En 1987 se sustanció el concurso de la Cátedra de Neurología. Dos de los jurados convocados poseían larga trayectoria en la materia, el Dr. Carlos Bardeci, por entonces profesor regular adjunto de Neurología en la Universidad de Buenos Aires y el Dr. Alberto Aguayo, director del Departamento de Neurociencias de la Universidad McGill de Montreal, Canadá. El tercer jurado fue el profesor titular de Clínica Médica de la Universidad de Buenos Aires, Carlos Cotone (21).

La Universidad decidió instituir tres cargos de profesor titular y catorce de profesor adjunto, que fueron concursados simultáneamente y la adjudicación de las posiciones fue otorgada respetando el orden de méritos que estableció el Jurado.

Resultaron por orden de mérito profesores titulares Salomón Muchnik, Roberto E. Sica y Ernesto Herskovits (21).

Salomón Muchnik había iniciado su formación junto al profesor Bardeci en el Hospital Italiano de Buenos Aires. Luego se trasladó al Instituto de Investigaciones Médicas "Alfredo Lanari" y, más tarde, accedió al cargo de "research fellow" en la Universidad de Duke, Carolina del Norte, EEUU. Muchnik instaló su cátedra en el Instituto Lanari, donde adoptó una visión global de

la disciplina, insertándola en el contexto de la clínica médica y combinando el enfoque clínico con la investigación básica, tal como fue -y aún es- tradición en la institución universitaria creada por el Dr. Alfredo Lanari. El interés permanente y mayor de Muchnik se centró en el estudio de la transmisión neuromuscular, tanto en sus aspectos fisiológicos como patológicos. Publicó así más de 100 trabajos en revistas con referato sobre temas como la miastenia gravis, el síndrome de Eaton-Lambert y la esclerosis lateral amiotrófica. El Dr. Muchnik fue también decano de la Facultad de Medicina desde 1999 hasta 2006, fecha en la que se acogió a su jubilación y fue distinguido como profesor emérito de la Universidad de Buenos Aires (21).

El Dr. Roberto E. Sica inició su formación con el Prof. Ortiz de Zárate en el Hospital "Mariano Castex" (hoy "Evita"), ubicado en la localidad de San Martín, provincia de Buenos Aires. Posteriormente trabajó como becario del British Council en el Instituto de Neurología de la Universidad de Newcastle upon Tyne, Inglaterra. Luego fue "research fellow" en la Universidad McMaster de Ontario, Canadá, y finalmente "visiting fellow" en la Universidad de Oxford, Inglaterra (21).

Sica llevó su cátedra a la división Neurología del Hospital "José María Ramos Mejía", en la ciudad de Buenos Aires. Al año siguiente, en 1988, fue nombrado jefe de esa división luego de ganar el concurso por oposición frente a otros siete contendientes. Es de resaltar que ese fue el último concurso abierto que tuvo lugar en el ámbito de los hospitales de la ciudad de Buenos Aires. A partir de entonces Sica sumó ambas posiciones: la de profesor regular titular y la de jefe de división, situación que mantendría hasta el año 2006, momento de su jubilación. El lapso de diez y nueve años durante los que ejerció la titularidad de ambas responsabilidades es el más prolongado luego del que recorrió el Dr. Ramos Mejía, quien las ocupó durante veintiséis años (21). A lo largo de los años que transcurrieron bajo la dirección del profesor Sica, se crearon diferentes subespecialidades en el ámbito de la división Neurología del Hospital "J.M. Ramos Mejía". Ellas fueron: movimientos anormales, alteraciones neuro-cognitivas, enfermedades neuromusculares, epilepsias, cefaleas, enfermedades cerebro-vasculares, neuroinmunología, otoneurología, enfermedades desmielinizantes del sistema nervioso central y electro-neurofisiología. Es de destacar que se instalaron en su seno el primer centro público para el cuidado especial del accidente cerebro-vascular y el centro municipal para el estudio y tratamiento de la miastenia gravis. El Dr. Sica combinó la docencia de pregrado y post-grado, la asistencia y la investigación clínica -a la que imprimió un elevado énfasis-, instalando esa inquietud en muchos jóvenes becarios y doctorandos a quienes dirigió y orientó. En el año 1988 se creó por resolución nº 4.475 del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires la carrera de Médico Especialista en Neurología (24) y se designó luego al profesor adjunto Dr. David Monteverde del Hospital "J.M. Ramos Mejía" como coordinador. Gracias a su labor la carrera recorrió la etapa más organizada y eficiente hasta nuestros días (24).

Las publicaciones del profesor Sica en revistas con referato suman más de 150, siendo las más citadas las relacionadas con el conteo de unidades motoras en la distrofia muscular, los trastornos neurológicos de la enfermedad de Chagas y sus estudios sobre esclerosis lateral amiotrófica.

En el año 2006 Sica fue designado profesor titular consulto de Neurología y en el año 2008 profesor emérito de la Universidad de Buenos Aires, cargo otorgado por el Consejo Superior de la Universidad y que aún hoy detenta. Entre los años 2006 y 2016 se desempeñó como secretario de Ciencia y Técnica de la Facultad de Medicina (21).

Ernesto Herskovits inició su formación junto al profesor Pereyra Kafer en el Hospital "J.M. Ramos Mejía". Después de ello viajó a Inglaterra, donde la completó trabajando el "Queen's Square National Hospital" de Londres. Herskovits instaló su cátedra en el hospital "J.A. Fernández" de la ciudad de Buenos Aires. Pero el tiempo del que dispuso para darle impulso fue escaso: la muerte, debida a una afección cardíaca, lo sorprendió a comienzos del año 1988, tronchando la posibilidad de que desarrollara una brillante carrera en la disciplina. En su corta trayectoria publicó más de treinta trabajos en revistas con referato entre los que cobraron relevancia los centrados en las patologías cerebrovasculares (21).

Es importante resaltar que la Cátedra de Neurología de la Facultad de Medicina tuvo una alta trascendencia internacional en este período, sus profesores titulares ejercieron posiciones directivas en la Federación Mundial de Neurología y llevaron adelante el XVI Congreso Mundial de Neurología en Buenos Aires en el año 1997, siendo presidentes Muchnik en el Comité Organizador y Sica en el Comité Científico.

El lugar dejado vacante por Herskovits fue concursado y ocupado en 1990 por el Dr. Jorge Ferreiro, quien contaba con una formación de sólida base clínica. Discípulo del profesor Insausti, desarrolló su actividad, fundamentalmente docente, en el Hospital de Clínicas "José de San Martín" de la ciudad de Buenos Aires, donde mantuvo su titularidad hasta su jubilación en el año 2007. Ferreiro fue muy reconocido por sus cualidades asistenciales y docentes en neurología general (21).

La posición que quedara libre luego de la jubilación del Dr. Muchnik fue obtenida por concurso en el año 2003 por el Dr. Oscar Gershanik. El Dr. Gershanik se graduó con diploma de honor en 1971, realizó su formación neurológica en el servicio del Hospital Francés, que estaba a la sazón a cargo del Dr. Alfredo F. Thomson. Entre 1978 y 1979 Gershanik fue *fellow* en el Departamento de Neurología de la "Mount Sinai School of Medicine" de la Universidad de Nueva York dirigida por el Prof. Melvin D. Yahr. Gershanik instaló su cátedra al Hospital "Francés" adonde ejerció la jefatura del Centro Neurológico que lleva el nombre de su maestro, "Alfredo Thomson", hasta el año 2008. Luego del fallecimiento del Dr. Monteverde también se hizo cargo de la dirección de la carrera de especialista hasta el año 2008. Gershanik

adquirió un amplio reconocimiento internacional por sus trabajos sobre enfermedad de Parkinson, alcanzando la presidencia de la "Movement Disorders Society". Ha publicado más de ochenta trabajos en revistas con referato, entre los cuales los más relevantes versan sobre sus estudios básicos y clínicos en los trastornos extrapiramidales. En el año 2013 cesó en la titularidad de la materia y recientemente recibió un reconocimiento a su trayectoria en una reseña bibliográfica aparecida en la revista *Lancet Neurology* (25).

En el año 2005 ocurrió un hecho políticamente curioso durante el concurso de renovación del cargo de profesor titular del Dr. Ferreiro. El jurado encargado del dictamen resolvió que los doctores Ferreiro y Micheli poseían iguales méritos y que, por lo tanto, ambos merecían la titularidad de la materia. En esas circunstancias la Universidad de Buenos Aires, obligada por su reglamento, debió acceder a la propuesta, de forma que el Dr. Ferreiro conservó su cátedra y se instituyó una nueva para el Dr. Micheli, que aún hoy mantiene (21).

Figura 2. Profesores titulares de Neurología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (1887-1987).



A lo largo de un siglo exacto se ve la sucesión de figuras notables de las escuelas de Neurología en nuestro país. Fila superior (izquierda a derecha): Dr. José María Ramos Mejía, Dr. José M. Esteves, Dr. Mariano Alluralde, Dr. Vicente Dimitri, Dr. Salomón Chichilinsky, Dr. Marcelino Sepich, Dr. Julio Aranovich. Fila inferior (izquierda a derecha): Dr. Tomás Insausti, Dr. Diego Brage, Dr. Julio Ortiz de Zárate, Dr. Roberto P. Sica, Dr. Salomón Muchnik, Dr. Ernesto Herkovits (8, 28-31).

Micheli, al igual que Ferreiro, desarrolló y desarrolla su actividad en el Hospital de Clínicas "José de San Martín". Allí, luego de la jubilación de Ferreiro alcanzó la jefatura del Servicio de Neurología y creó un centro de asistencia y estudio de pacientes con movimientos anormales (es decir, que sufren enfermedades caracterizadas por la presencia de movimientos involuntarios), que se ha destacado en la actualidad como uno de los centros de referencia en el plano internacional. Micheli mantiene aún su cargo de profesor titular y ha publicado hasta la fecha más de ciento sesenta trabajos en revistas con referato. Los más citados son los relativos a estudios clínicos de patologías extrapiramidales. Además ha sido editor de diversos libros, entre los que se destacan *Enfer-*

medad de Parkinson y síndromes extrapiramidales y uno de los *Tratados de Neurología* más reconocidos en Latinoamérica.

En el año 2007, luego de la jubilación del Dr. Ferreiro, la posición ocupada por él en la cátedra fue obtenida por concurso por el Dr. Manuel Fernández Pardal, quien fuera jefe de Neurología del Hospital Británico de Buenos Aires. Fernández Pardal se dedicó básicamente a la actividad asistencial y ha contribuido con más de veinte trabajos publicados en revistas con referato sobre patologías extrapiramidales y cerebrovasculares.

Desde allí, el año 2007, en adelante, el relato deja de ser historia para transformarse en una crónica de actualidad que quedará para un próximo trabajo.

Discusión

La pormenorizada descripción de la Historia de la Cátedra de Neurología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires practicada en el presente artículo resulta lo suficientemente explícita como para demostrar la importancia que tal estructura académica ha tenido y tiene en el desarrollo de la disciplina dentro del ámbito nacional, y la contribución en el plano internacional que ha hecho y continúa haciendo a través del trabajo individual de cada uno de los hombres y mujeres que la condujeron y la conducen.

Es de destacar la lucidez de Ramos Mejía, quien en una época tan temprana de la medicina moderna tuvo el convencimiento de que las enfermedades estructurales del sistema nervioso debían diferenciarse de aquellas otras en las que el síntoma clínico distintivo fuera el trastorno de orden mental. La fortuna quiso que en la misma generación convivieran José María Ramos Mejía y Lucio Meléndez, quienes independientemente de las diferencias personales que pudieron haber tenido, convergieron en la misma convicción y aceptaron la distinción de que el cerebro podía ser afectado por cambios anatómicos o por alteraciones en su función sin que ellas tuviesen correlato con modificaciones estructurales. En base a tal concepción filosófica y médica surgieron casi simultáneamente las cátedras de "Enfermedades Mentales" y de "Enfermedades Nerviosas", ambas en el seno de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires; la primera impulsada por Meléndez y la segunda por Ramos Mejía, luego se transformarían en las cátedras de Psiquiatría y de Neurología respectivamente, denominación que llevan actualmente.

El advenimiento posterior de la relación clínico-anatomopatológica, inspirada en la neurología francesa, influyó de manera sustantiva en el enriquecimiento del conocimiento de la patología propia de la especialidad. Esto así no sólo en nuestro medio, sino también en Inglaterra, Alemania, España e Italia, sentando la primera concepción en el ámbito neurológico de lo que hoy es denominado Medicina Basada en la Evidencia (MBE), concepto acuñado en la Universidad Mc Master.

La anatomía macroscópica y microscópica posibilitó la mejor comprensión de la sintomatología y la signología de muy diversas enfermedades del sistema nervioso.

Ese período, que se extendió a lo largo de los últimos años del siglo XIX y los primeros del XX, transformó a varios neurólogos argentinos en excelentes anatómo-patólogos del sistema nervioso. Dentro de los más destacados es posible reconocer a Julio Aranovich y Julio César Ortíz de Zárate, particularmente dos trabajos de su autoría que exhibieron alta originalidad para la época: *Acute, hemorrhagic and systemic demyelinating leukoencephalitis* del primero de esos autores y *Neuromyelitis optica versus subacute necrotic myelitis. Anatomical study of two cases* del segundo (26,27).

A partir de los años cuarenta comenzó a enfatizarse el examen semiológico. Dimitri, Pereyra Kaffer, Insausti,

Bardeci y Tamaroff fueron los semiólogos más señeros de la especialidad. Esa actitud, que se dio en el ámbito de la Cátedra de Neurología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, se transmitió a los alumnos del pre-grado, y con mayor énfasis a los estudiantes del post-grado. También influyó en la labor de otras cátedras de neurología pertenecientes a otras universidades del país. Los ateneos semiológicos llevados a cabo con la presencia de enfermos y dictados por los cinco profesores mencionados resultaron muy concurrecidos y tuvieron un alto valor didáctico. Ese constituyó un hecho crucial en esos tiempos en los que la ayuda de los métodos complementarios de diagnóstico era pobre o inexistente.

Fue recién a partir de la mitad del siglo XX que el laboratorio comenzó a brindar ayuda mediante el análisis del líquido cefalorraquídeo, la neumoencefalografía, la arteriografía cerebral obtenida por punción directa de la arteria carótida interna, el electroencefalograma, el electrodiagnóstico y, más tardíamente, el electromiograma.

A partir de los años setenta, cuando comenzó a manifestarse la influencia de los métodos complementarios de diagnóstico en la práctica clínica y cuyo mayor desarrollo tuvo lugar en los Estados Unidos de Norteamérica, la neurología norteamericana obtuvo la atención de las neurologías de otros países. La Cátedra de Neurología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires rápidamente incorporó esas novedades, de manera que sus responsables se familiarizaron prestamente con ellas, transfiriendo ese nuevo conocimiento a sus educandos. A partir de entonces, muchos de los que fueron sus profesores titulares y adjuntos viajaron al exterior para interiorizarse del nuevo enfoque que fue adquiriendo la disciplina, sin por ello dejar de lado la tradición semiológica que aún hoy mantiene. Esta nueva actitud produjo dos consecuencias trascendentes: la inquietud por la investigación clínica y la aparición de las subespecialidades.

En relación con la primera hubo profesores de la cátedra que elaboraron trabajos científicos aceptados por la comunidad internacional y que, en muchos casos, introdujeron conceptos novedosos que ampliaron el espectro del conocimiento de la materia sumando ideas y hallazgos originales, postura que aún se mantiene vigorosa.

En cuanto a las subespecialidades, su creación apareció como una necesidad, puesto que el caudal del saber que atesoró la disciplina en los últimos treinta años desbordó la posibilidad de guardar en la memoria del neurólogo general las distintas particularidades de las dolencias que le competen. El auge de las subespecialidades comenzó a finales de la década del 80 del siglo pasado y se inició en la Cátedra de Neurología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, para luego extenderse a sus similares de otras universidades del país, constituyendo hoy una herramienta de mayor y mejor comprensión de la patología neurológica para beneficio de la medicina y de la población afectada por alteraciones del sistema nervioso.

En síntesis, es posible decir que el feliz emprendimiento de Ramos Mejía hizo que la medicina argentina se hiciera de una institución, la Cátedra de Neurología de la Facultad de Medicina, que sin duda es uno de los logros mayores de la Universidad de Buenos Aires, que fue y es un ámbito académico, científico y asistencial que ha contribuido y contribuye a enaltecer la cultura de nuestro país y que ha formado y forma neurólogos que sirven con idoneidad y dedicación a la población que requiere sus cuidados. Sus actuales responsables, imbuidos de la tradición que han heredado, deberán mantener e incrementar su excelencia, transfiriendo ese espíritu a quienes los sucedan.

Agradecimientos

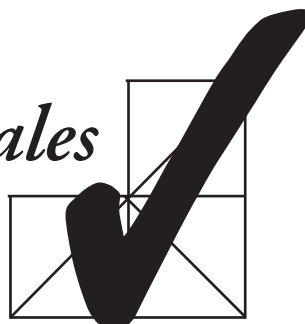
A la Lic. María Teresa Di Vietro, directora de la Biblioteca Central de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, quien nos ha brindado su valioso tiempo y experto asesoramiento para localizar el valioso material que posee la Universidad de Buenos Aires.

Conflicto de intereses

Ninguno ■

Referencias bibliográficas

- Allegri RF. The pioneers of clinical neurology in South America. *Journal of Neurological Sciences* 2008; 271: 29-33.
- La Facultad, Reseña Institucional, 1821-1852. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires [Internet]. Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/facultad/resena/historia/1821.htm>.
- Bardeci C. Historia de la Neurología Argentina. *Revista Neurológica de Buenos Aires* 1948; 13: 39-51.
- Somoza HJ, y Gualtieri FJ. La Neurología en Argentina: sus etapas y modelos. La Neurología y los neurólogos argentinos: el otro lado. Ortiz de Zárate JC, Famulari AL, Fraiman HD editores, Buenos Aires, Propulsora Literaria SA, 1998, pp. 148-152.
- La Facultad, Reseña Institucional, 1821-1852. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires [Internet]. Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/facultad/resena/historia/1852.htm>.
- La Facultad, Reseña Institucional, 1874-1908. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires [Internet]. Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/facultad/resena/historia/1874.htm>
- Allegri RF. History of Clinical Neurology in Central and South America. Handbook of Neurology. Finger S, Boller F, Tyler KL, editors. History of Clinical Neurology, 95. Amsterdam: Elsevier; 2010, pp. 801-14.
- Pierini LD. La Neurología en la Argentina. Buenos Aires, Argentina; 1989. pp. 41-90.
- Dragone JA. Positivismo y antipositivismo en la Neuropsiquiatría Argentina. La Neurología y los neurólogos argentinos: el otro lado. Ortiz de Zárate JC, Famulari AL, Fraiman HD editores, Buenos Aires, Propulsora Literaria S.A., 1998, pp. 136-147.
- Ingenieros J. La personalidad intelectual de Ramos Mejía. *Revista del Círculo Médico Argentino y Centro de Estudiantes de Medicina*, 1915, pp. 15.
- Bartoloni LC, Fraiman H, Allegri RF. Evolución histórica de la neurología argentina. *Neurología Argentina* 2012; 4 (2): 67-78.
- Hanon J. Christofredo J. *Revista Neurológica de Buenos Aires* 1956; 14: 3-12.
- Brunetti AC, Palacio SB. Antecedentes sobre la evolución de la Neurología en Córdoba. La Neurología y los neurólogos argentinos: el otro lado. Ortiz de Zárate JC, Famulari AL, Fraiman HD editores, Buenos Aires, Propulsora Literaria SA, 1998, pp 166-170.
- Figini HA. La personalidad científica de Vicente Dimitri. *Revista Neurológica de Buenos Aires* 1964; 22: 65-77.
- Tamaroff L. Comunicación personal, 2005.
- Rotta Escalante R. La Neurología del Rawson y algo más. La Neurología y los neurólogos argentinos: el otro lado. Ortiz de Zárate JC, Famulari AL, Fraiman HD editores, Buenos Aires, Propulsora Literaria SA, 1998, pp. 117-121.
- Garma A, Crocco M. La Verdad por Salomón Chichilnisky. *Electroneurobiología*, 2006; 14 (1): 189-255.
- Fraiman HD. Precursores de la Neurología Argentina y el mundo en el siglo XIX. *Rev Neurol Arg* 2000;25:10-16.
- San Martín ML. La pintura en la Argentina. Crónica histórica y contemporánea. Buenos Aires: Editorial Claridad S. A.; 2007; pp. 199-234.
- Aguirre de Viani C. Pío del Río Hortega. Valladolid: Junta de Castilla y León; 1991.
- Sica REP. Historia de la Cátedra de Neurología de la Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina: Comunicación personal; 2011.
- Tamaroff L. Genio y Figura. *Rev Neurol Arg* 2002 ;27:66-67.
- Ameri D. La Neurología del 50 en el noreste argentino. La Neurología y los neurólogos argentinos: el otro lado. Ortiz de Zárate JC, Famulari AL, Fraiman HD editores, Buenos Aires, Propulsora Literaria SA, 1998, pp 106-108.
- Fernández Pardal MM. Rol de la Universidad de Buenos Aires en la educación de posgrado. *Neurol Arg* 2012; 4(4): 191-192.
- Burton A. Oscar Gershanik: putting Argentina on the world neurology map. *Lancet Neurol* 2009, 8(2): 138.
- Aranovich J. Acute, hemorrhagic and systemic demyelinating leukoencephalitis. *Srp Arh Celok Lek* 1960; 117:1272-1280.
- Ortiz de Zárate JC, Tamaroff L, Sica RE, Rodríguez JA. Neuro-myelitis optica versus subacute necrotic myelitis. Anatomical study of two cases. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1968; 31:641-645.



Todos deberíamos ser feministas

Daniel Matusevich

Chimamanda Ngozi Adichie es una escritora nigeriana que vive desde los 19 años en Estados Unidos, donde estudió en las universidades de Drexel, Connecticut, Johns Hopkins y Yale, especializándose en escritura creativa y en estudios africanos. En el año 2013 publicó la que quizás sea su novela más conocida en castellano, *Americanah*, la increíble historia de Ifemelu (personaje femenino inolvidable con aires *lorriemoorianos* y alter ego de la autora) entre dos mundos, su Nigeria natal y los Estados Unidos.

En esta ocasión y atentos al interés que despierta en nuestros improbables lectores la cuestión de género, hemos decidido comentar una charla TED que Chimamanda dio en 2013 y que fue adaptada para su publicación en formato de breve ensayo, con menos de sesenta páginas. Nos estamos refiriendo a *Todos deberíamos ser feministas*, que ya desde su título nos convoca a analizar nuestra posición en referencia a un tema que afortunadamente cada vez más adquiere una visibilidad que lo hace inexcusable, no solamente desde el punto de vista social y cultural sino también desde el científico y el político.

De ninguna manera es esta una obra que plantea una mirada rompedora, más bien podríamos decir que el punto de vista propuesto por nuestra autora es necesario, fundamentalmente anclado en su visión femenina, feminista y afroamericana. La charla que inspiró la obra fue precedida por otra dada unos años atrás, "Los peligros de la historia única", centrada en el riesgo de manejarse con estereotipos ("... a hablar del peligro que implica la existencia de una sola historia, en un tema que es de ida y vuelta. Quien la cuenta la impone; quien la recibe puede creer que es la única...") y acerca de cómo los estereotipos limitan nuestro pensamiento y le dan forma.

Si entramos en el terreno de la psiquiatría, la psicología y el psicoanálisis, la pregunta tiene sentido y se sostiene en que la mirada sobre la perspectiva de género se sustenta en la más absoluta singularidad, en la convicción de que toda comprensión es al mismo tiempo una incompreensión, descartando de plano la mirada sexista propuesta por la ciencia; las diferencias anatómicas, fisiológicas y patológicas entre los sexos fueron utilizadas para establecer las desigualdades y las prácticas médicas sirvieron de apoyo para justificar la subordinación



Autor: Chimamanda Ngozi Adichie

Editorial: Literatura Random House

femenina. Ahora bien, en el mismo núcleo generador del pensamiento feminista se origina una vertiente del desarrollo académico que, con un inapelable fundamento epistémico, se expande en los últimos treinta años tratando de mostrar y demostrar que aquello que consideramos la organización natural y social del mundo (incluyendo la medicina y la psiquiatría) es solo una organización posible, la organización legitimada por la mirada masculina de la realidad. No consideramos que sea casual que esta crítica a la mirada oficial, entendida como masculina, se desarrolle poderosamente en el actual contexto, que comprende desde las nociones de la muerte de Dios, época del fin de la metafísica y desarrollo del pensamiento débil, hasta el respeto por las minorías étnicas y sexuales.

Es en este contexto que la obra y el pensamiento de Adichie adquieren gran relevancia, instalando y dándole visibilidad al concepto de feminismo en el siglo. Esta obra se ocupa de desmontar sistemáticamente algunos de los lugares comunes más habituales en torno a la cuestión (“... odias a los hombres, odias los sujetadores, odias la cultura africana, crees que las mujeres deberían mandar siempre, no llevas maquillaje, no te depilas, siempre estás enfadada, no tienes sentido del humor y no usas desodorante”) y lo hace a través de una prosa ingeniosa, irónica y muy rica en recursos narrativos.

Su mirada y varios de sus planteos la emparentan con Caitlin Moran, sobre todo con el libro más conocido de la inglesa, *Cómo ser mujer*. Más allá de las evidentes diferencias culturales entre ambas autoras, el enfoque feminista las acerca sensiblemente; podríamos decir que son parte de una corriente común, el *feminismo pop*, corriente popular que, alejada de los grandes debates académicos y políticos, se acerca más al empoderamiento femenino y la defensa de la igualdad. En palabras de la mismísima Moran: “Yo vengo de la cultura pop y quise escribir un libro con el que la gente pudiese divertirse. Si queremos que el feminismo funcione, hay que implicar a la gente”. Alex Vicente plantea claramente que el feminismo pasó de ser palabra tabú a término clave, ya que hoy se encuentra en boca de toda estrella que se precie, de Beyoncé a Emma Watson, pasando por la inefable Lena Dunham, quien plantea que “... si el feminismo tiene que convertirse en marca para provocar el cambio, no me voy a oponer”.

Todos estos movimientos se ven reflejados ampliamente en *Todos deberíamos ser feministas*, con el agregado del toque afroamericano, que indudablemente le aporta un grado de profundidad y de complejidad muy superior (“... la cultura tiene como meta asegurar la preservación y la continuidad de un pueblo. En mi familia, yo soy la hija que más interés tiene por la historia de quiénes somos, por las tierras ancestrales y por nuestra tradición. Y, sin embargo, yo estoy excluida de esas cuestiones, porque la cultura igbo privilegia a los hombres y únicamente los miembros masculinos del clan pueden asistir a las reuniones donde se toman las decisiones importantes de la familia”). El toque cultural atraviesa toda la lectura y nos permite pensar en nuestro propio contexto y en nuestra propia profesión y si estos principios se aplican o no.

Más allá de los cambios positivos que se vienen produciendo en el universo de la psiquiatría, la problemática de género dista de estar instalada en dicho colectivo con la fuerza y el calado que nos permitiría comenzar a pensar cambios tanto en la clínica como en la formación de los profesionales. Creemos que la lectura del texto que estamos reseñando constituye un aporte en esa dirección, que si bien puede ser señalado como falto de profundidad por algunos, nosotros preferimos pensarlo solamente como un paso en la dirección correcta con el objetivo claro de comenzar a llamar las cosas por su nombre, intentando cambiar actitudes y pensamientos en un paisaje de prácticas escasamente reflexivas.

Así escribe la autora:

“Pasamos demasiado tiempo enseñando a las niñas a preocuparse por lo que piensen de ellas los chicos. Y, sin embargo, al revés no lo hacemos. No enseñamos a los niños a preocuparse por caer bien. Pasamos demasiado tiempo diciéndoles a las niñas que no pueden ser irascibles, ni agresivas, ni duras, lo cual ya es malo de por sí, y luego nos damos vuelta y nos dedicamos a elogiar o justificar a los hombres por las mismas razones. El mundo entero está lleno de artículos de revistas y libros que les dicen a las mujeres qué tienen que hacer, cómo tienen que ser y cómo no tienen que ser, si quieren atraer o complacer a los hombres. Hay muchas menos guías para enseñar a los hombres a complacer a las mujeres” ■