

VERTEX
REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA
127

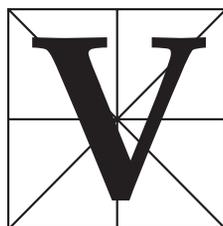


PSIQUIATRÍA Y CRIMINALIDAD

Fantini / Godoy / Mathov / Mercurio / Ohman / Sobredo

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

Volumen XXVII – N° 127 Mayo – Junio 2016 – ISSN 0327-6139 – Buenos Aires



VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

127

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. Lôo, P. Noël, J. Postel, S. Resnik, T. Tremine, E. Zarifian. **ITALIA:** F. Rotelli, **PERÚ:** M. Hernández. **SUECIA:** L. Jacobsson. **URUGUAY:** H. Casarotti, A. Lista, E. Probst. **VENEZUELA:** C. Rojas Malpica.

Comité Editorial

Martín Agrest (Proyecto Suma); Patricio Alba (Hospital "Torcuato de Alvear"); Norberto Aldo Conti (Hospital "José T. Borda"); Juan Costa (Centro de Atención Primaria CeSAC 24, GCBA); Gabriela S. Jufe (Hospital "Torcuato de Alvear"); Eduardo Leiderman (Universidad de Palermo); Santiago Levín (Universidad de Bs. As.); Daniel 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. Alvarez); L. Millas (Hosp. Rivadavia); G. Onofrio (Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); J. M. Paz (Hosp. Zubizarreta); M. Podruzny (Mar del Plata); M. Outes (Hosp. B. Moyano); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); J. Zirulnik (Hosp. J. Fernández). **CÓRDOBA:** C. Curtó, J. L. Fitó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RÍOS:** J. 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. Artiles 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. 127 MAYO - JUNIO 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

"El amor es vanidoso"
Artista: Gustavo Bustamante
Pehuajó, Buenos Aires

50 x 45cm

*Técnica mixta sobre
cartulina encapada*

elgus2004@gmail.com

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- **Simulación mental en Demencia Frontotemporal**
Daniel Gustavo Politis, Wanda Yanina Rubinstein,
María Eugenia Tabernero pág. 165
- **Aspectos conceptuales y metodológicos
involucrados en el campo de investigación
del razonamiento diagnóstico**
Francisco Nicolás Di Persia pág. 170
- **Historiografías: de la psiquiatría en Brasil
y sus instituciones**
Ana Teresa A. Venancio, Cristiana Fracchinetti pág. 177

DOSSIER

- PSIQUIATRÍA Y CRIMINALIDAD** pág. 188
- **El caso Ximenes Lopes vs Brasil.
La psiquiatría y el derecho internacional de los
derechos humanos en la vida real**
Laura Dolores Sobredo pág. 191
- **Pobreza y discapacidad intelectual
en el sistema penal: los invisibles**
Ezequiel N. Mercurio pág. 197
- **Imputabilidad disminuida**
Luis Ohman, Adrián Pablo Fantini pág. 208
- **Organismos judiciales de peritos médicos**
Roberto Luis María Godoy pág. 213
- **Platón psiquiatra, Foucault platónico**
Nicolás Mathov pág. 220

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- **Kurt Goldstein: El concepto de estructura
en Neurología y Psiquiatría**
Norberto Aldo Conti pág. 227
- **Enfoque metodológico para el estudio del
desorden del pensamiento esquizofrénico**
Kurt Goldstein pág. 229

IN MEMORIAM

- **José Aníbal Yaryura-Tobías**
Jorge Nazar, Marcelo Cetkovich-Bakmas pág. 235
- **Elpidio R. Olivera**
Juan Carlos Stagnaro pág. 238

LECTURAS Y SEÑALES

- **Bioética narrativa**
Daniel Matusevich pág. 239



EDITORIAL



n el mes de enero del corriente año Vertex asistió a la presentación pública en París de la nueva versión de la Clasificación Francesa de Trastornos Mentales R-2015 (CFTM R-2015).

Poco antes de su fallecimiento el profesor Roger Misès inició el proyecto de extender a todas las edades de la vida el modelo de la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA R-2000) que había elaborado junto a un grupo de especialistas franceses y revisado para su nueva edición en 2012. Aplicando el mismo método, orientado a obtener una comprensión del sujeto y de su evolución psicodinámica, un grupo de expertos coordinados por Jean Garrabe y François Kammerer practicó su continuación incluyendo la parte correspondiente a la patología del adulto, la CFTM R-2015, cuya primera versión, editada por el Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), databa de 1968.

La continuidad de la CFTMEA con la CFTM, en el mismo instrumento nosográfico, tiene la ventaja de poder pesquisar y diagnosticar en el sujeto adulto la evolución de ciertos trastornos que tuvieron su comienzo en la infancia o en la adolescencia, puestos en evidencia en la anamnesis, diferenciándolos de otras categorías de la clasificación que corresponden a trastornos mentales que se inician en etapas posteriores de la vida.

A diferencia de otras clasificaciones, como la que propone el DSM-IV, esta clasificación tiene la originalidad de incluir consideraciones no sólo fenomenológicas o sintomáticas sino también psicodinámicas, que dan cuenta de la estructura subjetiva del paciente. Pero, además, la equilibrada y prometedora perspectiva de integración que ofrece con los aportes de la psicología cognitiva y la investigación en neurobiología, amplía el universo de potenciales utilizadores de la misma a especialistas que se inscriben en otras orientaciones psicopatológicas.

La estructura interna de la CFTM R-2015 es de tipo biaxial, compuesta por un Eje I, dividido en dos partes complementarias ("Categorías principales" y "Categorías complementarias"), y un Eje II ("Categorías de factores asociados o anteriores, eventualmente etiológicos"). Otras innovaciones importantes son: la aplicación a la edad adulta del principio de un abordaje diagnóstico que toma en cuenta consideraciones tanto categoriales como dimensionales, el antecedente de factores terapéuticos iatrogénicos y otras situaciones socioeconómicas, culturales y médico-legales no consideradas exhaustivamente en las clasificaciones internacionales en uso. También permite establecer la correspondencia con los códigos del capítulo V, Trastornos mentales y del comportamiento, de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) de la OMS; y, además, cuenta con un glosario de términos muy completo, un índice integrador que facilita la ubicación de cada cuadro clínico en el texto y tiene una versión electrónica (ebook) que permite una navegación integral al interior de la misma.

Al igual que la primera versión de la CFTMEA, la CFTMEA R-2012 y la CFTM R-2015 serán editadas en castellano en un volumen unitario en Buenos Aires por Editorial Polemos a fines del corriente año. Tal iniciativa pondrá a disposición de los psiquiatras hispanoparlantes una herramienta nosográfica adaptada al enfoque de la psiquiatría dinámica ■

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

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

MÉTODO DE ARBITRAJE

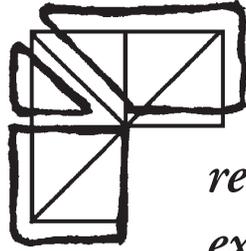
Los trabajos enviados a la revista son evaluados de manera independiente por un mínimo de dos árbitros, a los que por otro lado se les da a conocer el nombre del autor. Cuando ambos arbitrajes son coincidentes y documentan la calidad e interés del trabajo para la revista, el trabajo es aceptado. Cuando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

TEMAS DE LOS DOSSIERS DEL AÑO 2016

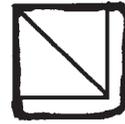
Vertex 125 / Enero - Febrero
FILOSOFÍA y EPISTEMOLOGÍA
EN LA PSIQUIATRÍA DE LA
TRANSPARENCIA

Vertex 126 / Marzo - Abril
PSICOGÉNESIS, TRAUMA
Y DISOCIACIÓN

Vertex 127 / Mayo - Junio
PSIQUIATRÍA Y CRIMINALIDAD



revista de
experiencias
clínicas y neurociencias



Simulación mental en Demencia Frontotemporal

Daniel Gustavo Politis

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

Wanda Yanina Rubinstein

*Doctora en Psicología
Investigadora del Conicet*

María Eugenia Tabernero

*Doctora en Psicología
Becaria Postdoctoral del Conicet*

Resumen

Existe una red común para la percepción y ejecución de acciones necesaria para la adquisición de la Teoría de la Mente, y el sistema de neuronas en espejo podría ser el sustrato neural. *Objetivo:* Estudiar la presencia de apraxia y su relación con la Teoría de la Mente en pacientes con Demencia Frontotemporal variante conductual. *Métodos:* Se evaluaron en 24 pacientes, se administró una batería para la evaluación cognitiva de las praxias y pruebas de Teoría de la Mente. *Resultados:* Todas las pruebas de la batería de praxias mostraron una correlación significativa con Falsa Creencia de primer orden, mientras que el Test de Caras mostró correlaciones con todas las pruebas de la batería excepto Ingreso auditivo verbal. Se hallaron, además, correlaciones significativas entre Lectura de la mente en los Ojos y las pruebas Ingreso visual de objetos e Imitación de gestos familiares, y entre Faux Pas y Utilización de herramientas, Decisión gestual y Denominación por función. *Discusión:* Estos hallazgos refuerzan la hipótesis de que los procesos de Teoría de la Mente se basan, según la teoría de la simulación mental, en un sistema de emparejamiento de ejecución/observación de acciones cuyo sustrato neural podría corresponder al sistema de neuronas en espejo.

Palabras clave: Simulación mental - Sistema de neuronas en espejo - Apraxia - Teoría de la Mente - Demencia Frontotemporal variante conductual.

MENTAL SIMULATION IN FRONTOTEMPORAL DEMENTIA

Abstract

There is a common network for perception and execution of actions necessary for the acquisition of Theory of Mind, and the mirror neuron system could be the neural substrate. *Objective:* To study the presence of apraxia and their relationship to Theory of Mind in patients with behavioral variant of Frontotemporal Dementia. *Methods:* 24 patients were assessed, and the cognitive praxis assessment battery and theory of mind were administered. *Results:* All the tasks of the cognitive praxis assessment battery showed a significant correlation with the first order False Believe task, while Faces Test showed correlations with all the battery tasks except Auditory verbal income. Significant correlations were also found between Reading the Mind in the Eyes and Income of visual objects and Imitation of familiar gestures, and between Faux Pas and Use of tools, Gestural decision and Naming by function. *Discussion:* These findings reinforce the hypothesis that the processes of Theory of Mind are based, according to mental simulation theory, in a matching execution/observation of actions system, whose neural substrate may correspond to the mirror neuron system.

Key words: Mental simulation - Mirror neuron system - Apraxia - Theory of Mind - Behavioral variant of Frontotemporal Dementia.

Introducción

Las neuronas en espejo (NE), originalmente descubiertas en el área F5 de la corteza premotora del mono, descargan tanto cuando el mono realiza una acción particular como cuando observa a otro individuo llevando a cabo una acción similar (1, 2, 3). Las funciones del sistema de NE en monos son la comprensión de acciones y la imitación de las mismas (4, 5).

Varios autores han confirmado la presencia de sistema de NE en humanos (5, 6). Las áreas predominantemente involucradas en el sistema de NE son las premotoras, homólogas al área F5, y parietales inferiores izquierdas (7). Las neuroimágenes coinciden en señalar principalmente tres regiones corticales como el núcleo del sistema de NE: la parte rostral del lóbulo parietal inferior, la parte inferior de la corteza motora primaria y la parte posterior del giro frontal inferior (8, 9).

Meltzoff Y Decety y Meltzoff Y Prinz postulan que existe una red común para la percepción y ejecución de acciones necesaria para la adquisición de la Teoría de la Mente (TdM) y el sistema de NE podría ser el sustrato neural (10, 11). Buxbaum, Kathleen y Menona, y Buxbaum, Kyle, Tang y Detrec, en el estudio de las apraxias, plantean también una relación entre la capacidad de reconocimiento y producción de gestos (representación común) sustentada por el sistema de NE (12, 13). Chakrabarti, Bullmore y Baron-Cohen encuentran que la activación de la corteza premotora en sujetos normales correlaciona positivamente con tareas de TdM, postulándose que esta región es una zona de superposición entre la percepción de la TdM y la percepción de las acciones mediada por el sistema de NE (14).

Distintos autores proponen que las actividades de TdM se basan en la capacidad de adoptar rutinas de simulación (4, 15). Esta capacidad habría evolucionado de un sistema de emparejamiento de ejecución/observación de acciones. Sus bases neurales serían los sistemas de NE. Las NE del observador aparean los movimientos observados en el agente, activando el mismo repertorio motor en el observador (15). El sistema de NE se activa durante la observación de acciones realizadas con alguna intención o meta. Este sistema aparea las metas de las acciones observadas con programas motores disponibles en el observador (7). A través del proceso de simulación mental el sistema de NE permite inferir las intenciones asociadas a las acciones observadas (16).

La Demencia Frontotemporal es el segundo tipo más común de demencia presenil. En esta patología se distinguen tres grandes grupos clínicos: Demencia Frontotemporal variante conductual (DFTvc), demencia semántica y afasia progresiva no fluente. La DFTvc se caracteriza por cambios profundos en el carácter y el comportamiento social (17), siendo este desorden mencionado como un valioso factor de diagnóstico diferencial (18, 19). Al respecto, Rowe, Bullock, Polkey y Morris postulan la existencia de un sistema cerebral especializado y adaptativo subyacente a la habilidad de TdM, relacionado con las alteraciones en el desempeño social de pacientes con lesiones en el lóbulo frontal (20). Las alteraciones en TdM son características de la DFTvc.

Objetivo

Estudiar la presencia de apraxia y su relación con la TdM en pacientes con DFTvc.

Métodos

Sujetos

Se evaluaron 24 pacientes, 15 mujeres y 9 hombres, con una media de edad de 64 años y una media de escolaridad de 7 años, que concurren al Laboratorio de Deterioro Cognitivo del H.I.G.A. Eva Perón - CONICET, con diagnóstico de DFTvc según los criterios propuestos por el International Behavioural Variant FTD Criteria Consortium (21). A todos se les realizó TAC o RMN y SPECT de cerebro, examen neurológico, de laboratorio y evaluación neuropsicológica completa. Todos los pacientes han sido informados de las características y objetivos del estudio y han otorgado el consentimiento para su inclusión en el mismo.

Instrumentos

Para el diagnóstico de demencia se utilizó una extensa batería neuropsicológica: *California Verbal Learning Test*, Memoria Lógica, Dígitos Directos e Inversos y Fluencia Verbal Fonológica de la Batería Neuropsicológica Española (22); Figura Compleja de Rey (23); Test de denominación por confrontación visual de Boston (24, 25); Fluencia verbal semántica (26); *Trail Making Test A y B* (27); subescalas de Analogías, Matrices, Vocabulario y Cubos de la Escala de Inteligencia para Adultos WAIS III (28); *Iowa Gambling Task* (IGT) (29, 30).

Instrumento 1 - Batería de Praxias

Se evaluó a los pacientes con la batería para la evaluación cognitiva de las praxias (31), que consta de las siguientes pruebas:

1. Ingreso auditivo verbal de la información: en esta prueba se le solicita al paciente que realice una serie de gestos a la orden verbal.

2. Ingreso visual de objetos - Pantomimas: se le solicita al paciente que a partir de ver un objeto realice el gesto de utilización -no se le permite nombrarlo ni tocarlo-.

3. Utilización de herramientas: Se le solicita al paciente que utilice una serie de objetos que se le presentan, sin nombrarlos.

4. Discriminación gestual: Mientras se le muestran diferentes gestos al paciente, se le solicita que señale entre cuatro distractores cuál es el dibujo que corresponde al gesto realizado por el examinador.

5. Decisión gestual: Se le solicita al paciente que diga si conoce o no el gesto que está realizando el examinador, de los cuales la mitad tienen sentido -gestos conocidos- y la otra mitad no -ordenados por azar-.

6. Imitación de gestos familiares: se le pide al paciente que imite una serie de gestos realizados por el examinador.

7. Imitación de gestos no familiares: es igual que la anterior con la diferencia que los gestos son no familiares -obtenidos de la lengua de señas Argentina-.

8. Apareamiento objeto-herramienta: se le presentan al paciente las figuras correspondientes a los objetos y las

herramientas, se le solicita que indique qué herramientas se utilizan con cuál objeto.

9. Denominación por función: se le muestran al paciente una serie de objetos y se le solicita que diga cuál es la función de cada objeto.

Cada una de las pruebas descriptas consta de 40 estímulos. Para la Prueba de Ingreso Auditivo Verbal y en la imitación de gestos familiares se utilizaron 20 gestos transitivos y 20 intransitivos. En esta batería se puntuaron los errores y se consideraron apráxicos a los pacientes que tuvieran alteración en una o más pruebas de la batería.

Instrumento 2- Pruebas que evalúan teoría de la mente

Se emplearon los siguientes tests: Falsa creencia de primer orden (FC1ºO) (33), Faux Pas (34), Lectura de la mente en los ojos (LMO) (35); Test de Caras (*Faces Test*) (36).

Análisis estadístico

La metodología utilizada es el estudio múltiple de casos aislados. Se llevaron a cabo cálculos porcentuales y se utilizó la prueba *r* de Pearson para evaluar la presencia de correlaciones.

Resultados

Los 24 pacientes presentan alteraciones en el SPECT cerebral. Ninguno presenta lesiones focales en la TAC cerebral, 2 pacientes muestran atrofia a predominio frontal. En cuanto al análisis de las lesiones, encontramos que 5 pacientes presentan hipoperfusión frontal, sin compromiso temporal, y 5 presentan hipoperfusión temporal sin compromiso frontal. La afectación lobar fue la siguiente: en 10 pacientes, frontal derecha; en 16 frontal izquierda; en 6 temporal derecha; en 17 temporal izquierda; en 5 parietal derecha; en 6 parietal izquierda y en un paciente, cerebelo. El análisis de los datos no nos permitió encontrar diferencias entre los patrones de rendimiento de acuerdo a la topografía lesional.

El 88% de los pacientes evaluados (21 de 24) presentó alteraciones en una o más de las pruebas de la batería para la evaluación cognitiva de las praxias. La frecuencia de alteración de las pruebas es: Ingreso Visual de Objetos, 88% de la muestra evaluada; Imitación de gestos familiares, 79%; Discriminación gestual, 54%; Ingreso auditivo verbal de la información y Denominación por función, 50%; Imitación de gestos no familiares, 46%; Utilización

Tabla 1. Rendimiento de los pacientes en pruebas de Teoría de la Mente.

Paciente	LMO	Faux Pas	FC1ºO	Test de Caras
1	-6.18	-1.9	1	-4.77
2	-2.68	-1.15	3	-2.44
3	-4.43	-4.40	0	N/A
4	-1.81	-0.65	3	-0.12
5	-1.22	0.10	2	N/A
6	-0.90	-1.40	3	N/A
7	-3.27	-0.15	3	-2.44
8	-3.27	-0.40	3	-3.6
9	-2.40	-2.90	3	-3.6
10	-3.70	-3.65	3	N/A
11	-4.72	-3.65	2	-3.6
12	0.23	-2.15	3	N/A
13	-1.81	-1.90	3	-0.12
14	-2.39	-2.15	3	-2.44
15	-5.00	-3.40	3	-0.12
16	-4.14	N/A	1	-2.44
17	-6.20	-4.90	0	-4.77
18	-5.31	N/A	0	-10.58
19	-0.93	-4.65	0	-3.6
20	-3.00	-1.15	3	1.05
21	-2.97	-1.40	3	1.05
22	-5.01	-6.15	2	-7.09
23	-2,68	-9.4	N/A	-3.6
24	-0.60	-2.15	3	-0.11

El rendimiento está expresado en puntaje Z, excepto para el test FC1ºO, expresado en puntaje bruto. LMO= Lectura de Mente en los Ojos; FC1ºO: Falsa creencia de primer orden; N/A= no administrado

de herramientas y Decisión gestual, 33%, y Apareamiento objeto-herramienta 21%.

El rendimiento de los pacientes en tareas de TdM se muestra en la Tabla 1. En 2 casos no fue posible administrar Faux Pas (34), en 1 caso FC1ºO (33), y en 5 casos el Test de caras (36). La frecuencia de alteración de las pruebas es: LMO (35), 79% de los pacientes; Faux Pas (34), 75% de los

pacientes; Test de Caras (36), 58% de los pacientes; y FC1ºO (33), 39% de los pacientes.

Finalmente, la Tabla 2 muestra las correlaciones entre praxias y TdM. La totalidad de las pruebas que componen la batería para la evaluación cognitiva de las praxias muestran una correlacionaron estadísticamente significativa con la prueba FC1ºO (33), mientras que el Test de Caras (36) mos-

Tabla 2. Correlaciones entre las pruebas de la batería para la evaluación cognitiva de las praxias y los tests de Teoría de la Mente.

		LMO	Faux Pas	FC1ºO	Test de Caras
Ingreso auditivo verbal	r	-0.230	-0.268	-0.689	-0.435
	p	0.280	0.227	0.000	0.062
Ingreso visual de objetos	r	-0.451	-0.149	-0.632	-0.586
	p	0.027	0.509	0.001	0.008
Utilización de herramientas	r	-0.341	-0.575	-0.642	-0.750
	p	0.103	0.005	0.001	0.000
Discriminación gestual	r	-0.341	-0.187	-0.547	-0.737
	p	0.103	0.404	0.007	0.000
Decisión gestual	r	-0.251	-0.496	-0.614	-0.681
	p	0.236	0.019	0.002	0.002
Imitación de gestos familiares	r	-0.408	-0.062	-0.500	-0.512
	p	0.048	0.785	0.015	0.027
Imitación de gestos no familiares	r	-0.393	0.006	-0.454	-0.493
	p	0.057	0.979	0.030	0.032
Apareamiento objeto-herramienta	r	-0.357	-0.163	-0.660	-0.657
	p	0.087	0.469	0.001	0.002
Denominación por función	r	-0.244	-0.452	-0.487	-0.724
	p	0.251	0.035	0.019	0.000

LMO: Lectura de la mente en los ojos; FC1ºO: Falsa creencia de primer orden

tró correlaciones con todas ellas excepto Ingreso auditivo verbal. Se hallaron, además, correlaciones estadísticamente significativas entre el test LMO (35) y las pruebas Ingreso visual de objetos e Imitación de gestos familiares, y entre el test Faux Pas (34) y las pruebas Utilización de herramientas, Decisión gestual y Denominación por función.

Discusión

Resulta llamativo que a pesar de la gran cantidad de trabajos que muestran la intervención del lóbulo frontal en el control de las praxias sean escasos los estudios en pacientes con DFTvc.

Estos resultados muestran: 1) una alta frecuencia de apraxia en pacientes con DFTvc; 2) una importante correlación entre pruebas de producción, comprensión e imitación gestual y TdM. Estos datos permiten inferir que las pruebas de la batería de praxias que muestran mayor afectación - Ingreso visual de objetos e Imitación de gestos familiares - son aquellas cuyas funciones estarían mediadas por el sistema de NE (comprensión y producción de gestos) (1, 2, 3). La presencia de alteraciones en las pruebas Apareamiento objeto-herramienta y Denominación por función, que eva-

lúan semántica de acciones, puede deberse al compromiso semántico que muestran los pacientes con Demencia Frontotemporal, aún en la variante conductual.

Estos hallazgos son concordantes con la bibliografía citada y refuerzan la hipótesis de que los procesos de TdM se basan, de acuerdo a la teoría de la simulación mental, en un sistema de emparejamiento de ejecución/observación de acciones cuyo sustrato neural podría corresponder al sistema de NE.

Sería necesario seguir ampliando la investigación en esta área para confirmar nuestras conclusiones.

Agradecimientos

Los autores contaron con las siguientes fuentes de financiación: UBACYT 20020100100887 (2011-2014); UBACYT 20020120300045 (2013-2016); CONICET PIP 112201101100348.

Declaración de conflictos de intereses

Los autores no declaran conflicto de intereses ■

Referencias bibliográficas

1. Di Pellegrino G, Fadiga L, Gallese V, Rizzolatti G. Understanding motor events: a neurophysiological study. *Exp Brain Res* 1992; 91: 176-80.
2. Gallese V, Fadiga L, Fogassi L, Rizzolatti G. Action recognition in motor cortex. *Brain* 1996; 119: 593-609.
3. Rizzolatti G, Fadiga L, Fogassi L, Gallese V. Premotor cortex and recognition of motor actions. *Cog. Brain Res* 1996; 3: 131-41.
4. Jacob P. What do mirror neurons contribute to human social cognition? *Mind & Language* 2008; 23 (2): 190-223.
5. Bonini L, Ferrari PF, Fogassi L. Neurophysiological bases underlying the organization of intentional actions and the understanding of others' intention. *Conscious Cogn* 2013; 22 (3): 1095-1104.
6. Cook R, Bird G, Catmur C, Press C, Heyes C. Mirror neurons: from origin to function. *Behav Brain Sci* 2014; 37 (2): 177-92.
7. Keyser C, Gazzola V. Social neuroscience: mirror neurons recorded in humans. *Curr Biol* 2009; 20 (8): 353-4.
8. Rizzolatti G. The mirror neuron system and its function in humans. *Anat Embryol* 2005; 210: 419-21.
9. Shamay-Tsoory SG, Aharon-Peretz J, Perry D. Two systems for empathy: a double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus versus ventromedial prefrontal lesions. *Brain* 2009; 132 (3): 617-27.
10. Meltzoff AN, Decety J. What imitation tells us about social cognition: a rapprochement between developmental psychology and cognitive neuroscience. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2003; 358 (1431): 491-500.
11. Meltzoff AN, Prinz W. The imitative mind: development, evolution and brain bases. In: Fischer KW, Hatano G, editors. *Cambridge studies in cognitive development*. Cambridge: Cambridge University Press; 2002.
12. Buxbaum L, Kathleen K, Menona R. On beyond mirror neurons: Internal representations subserving imitation and recognition of skilled object-related actions in humans. *Brain Res Cogn Brain Res*. 2005; 1: 226-39.
13. Buxbaum L, Kyle KM, Tang K, Detrec JA. Neural substrates of knowledge of hand postures for object grasping and functional object use: Evidence from fMRI. *Brain Res* 2006; 1117 (1): 175-85.
14. Chakrabarti B, Bullmore E, Baron-Cohen S. Empathizing with basic emotions: Common and discrete neural substrates. *Soc Neurosci* 2006; 1 (3-4): 364-84.
15. Gallese V, Goldman A. Mirror neurons and the simulation theory of mind-reading. *Trends Cogn Sci* 1998; 2 (12): 493-501.
16. Dvash J, Shamay-Tsoory SG. Theory of mind and empathy as multidimensional constructs neurological foundations. *Top Lang Disord* 2014; 34 (4): 282-95.
17. Adenzato M, Cavallo M, Enrici I. Theory of mind ability in the behavioural variant of frontotemporal dementia: An analysis of the neural, cognitive, and social levels. *Neuropsychologia* 2010; 48: 2-12.
18. Miller BL, Darby A, Benson DF, Cummings JL, Miller MH. Aggressive, socially disruptive and antisocial behavior associated with fronto-temporal dementia. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 150-4.
19. Sjögren M, Andersen C. Frontotemporal Dementia – A brief review. *Mech Ageing Dev* 2006; 127:180-7.
20. Rowe AD, Bullock PR, Polkey CE, Morris RG. "Theory of mind" impairments and their relationship to executive functioning following frontal lobe excisions. *Brain*, 124 (Pt3): 600-16.
21. Rascovsky K, Hodges J, Knopman D, Mendez M, Kramer J, et al. Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain* 2011; 134 (9): 2456-77.
22. Artiola L, Hermsillo D, Heaton RK, Pardee RE. Manual de normas y procedimientos para la batería neuropsicológica en español. Tucson, Arizona: M Press; 1999.
23. Meyers J, Meyers K. Rey complex figure test and recognition trial. Florida, USA: Psychological Assessment Resources, Inc.; 1995.
24. Goodglass H, Kaplan E. Test de vocabulario de Boston: la evaluación de la afasia y trastornos relacionados. 2nd ed. Madrid: Editorial Medica Panamericana; 1986.
25. Serrano CM, Allegri RE, 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. *Neurol Arg* 2001; 33 (7): 624-7.
26. Parkin A. Exploraciones en neuropsicología cognitiva. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 1999.
27. Reitan R & Wolfson D. The halstead-reitan neuropsychological test battery. Tucson, Arizona: Neuropsychology Press; 1985.
28. Wechsler D. Wechsler Adult Intelligences scale-third edition. San Antonio, TX: The psychological corporation; 2002.
29. Bechara A, Anderson SW, Damasio A, Damasio H. Insensitivity to future consequences following damage to the human prefrontal cortex. *Cognition* 1994; 50: 7-15.
30. Bechara A, Damasio H, Tranel D, Damasio A. Deciding advantageously before knowing the advantageous strategy. *Science* 1997; 275: 1293-5.
31. Politis D. Nuevas perspectivas en la evaluación de las apraxias [tesis doctoral]. Buenos Aires: Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires; 2003.
32. González Rothi LJ, Ochipa C, Heilman K. A cognitive neuropsychological model of limb praxis and apraxia. In: Gonzalez Rothi LJ, Heilman K, editors. *Apraxia, the neuropsychology of action*. Hove, UK: Psychological Press; 1997.
33. Wimmer H, Perner J. Beliefs about beliefs: representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition* 1983; 13: 103-28.
34. Stone VE, Baron-Cohen S, Knight RT. Frontal lobe contributions to theory of mind. *J Cogn Neurosci* 1998; 10: 640-56.
35. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J, Raste Y, Plumb I. The 'reading the mind in the eyes' test revised version. *J Child Psychol. Psychiat.* 2001; 42: 241-52.
36. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Jolliffe T. Is there a "language of the eyes"? Evidence from normal adults, and adults with autism or Asperger Syndrome. *Visual Cognition* 1997; 4: 311-31.

Aspectos conceptuales y metodológicos involucrados en el campo de investigación del razonamiento diagnóstico

Francisco Nicolás Di Persia

Licenciado en Psicología

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba

E-mail: nicodipersia@hotmail.com

Resumen

El campo psicopatológico está atravesado por dilemas que ponen en cuestión su filiación filosófica, conceptual y metodológica. Desde los primeros estudios de Ey y Jaspers hasta los recientes de Berrios ha estado en cuestión la posición que la psicopatología tiene frente a la medicina en general, y frente a la psiquiatría en particular, especialmente si es que debe seguir los principios de las ciencias naturales o si tiene una posición autónoma respecto de aquellas. Este debate ha desembocado en dos posturas contrapuestas enfrentando dos modelos diferentes de psicopatología: el modelo biomédico y el modelo socio-construccionista. En base a este "estado de situación" se propone en este trabajo revisar los alcances y dificultades involucrados en cada uno de los modelos siguiendo el eje de dos conceptos centrales: por un lado, el *razonamiento diagnóstico*, y por otro, el problema conceptual de la *enfermedad mental*. A partir de aquí, y a modo de síntesis, son identificados conceptos centrales de cada uno de los modelos que podrían permitir la elaboración de un *modelo híbrido* en psicopatología (Berrios), entre los que se destacan el *marco comprensivo* empleado en el reconocimiento de síntomas, y el componente *social* que lo caracteriza. Como conclusión se propone a estos conceptos como centrales para el esclarecimiento conceptual y metodológico de la investigación del razonamiento diagnóstico en psicopatología.

Palabras clave: Enfermedad mental - Psicopatología - Razonamiento diagnóstico - Modelo socioconstruccionista - Modelo biomédico.

CONCEPTUAL AND METHODOLOGICAL ISSUES INVOLVED IN THE RESEARCH FIELD OF DIAGNOSTIC REASONING

Abstract

The psychopathological field is crossed by dilemmas that put in question its methodological, conceptual and philosophical filiations. Since the early works of Ey and Jaspers until recent work of Berrios it has been in question the position psychopathology has in the field of medicine in general, and in the field of psychiatry in particular, especially if it should follow the principles of natural science or if it has an autonomous position between them. This debate has led to two opposing positions facing two different models of psychopathology: the biomedical model and the socio-constructionist model. In this work it is proposed to review the scope and difficulties involved in each model following two central axes: *diagnostic reasoning* and *mental illness* conceptual problem. Later, as a synthesis of the analysis proposed they are identified central concepts of each model that could allow the development of a hybrid model in psychopathology; in between them the comprehensive framework employed in symptoms recognition and the social component that characterizes it are highlighted. As a conclusion, these concepts are proposed as central aspects for conceptual and methodological clarification of the research field of diagnostic reasoning in psychopathology.

Key words: Mental illness - Psychopathology - Biomedical model - Socio-constructionist model - Diagnostic reasoning.

Introducción

El campo psicopatológico conforma un ámbito atravesado por dilemas que ponen en cuestión su filiación filosófica, conceptual y metodológica, tal es así que hasta la actualidad no se ha definido específicamente cuál es su relación con las otras ramas de la medicina, si debe alinearse con los principios de las ciencias naturales o si puede tener una posición autónoma respecto de aquellas (1, 2, 3). En la obra de autores como Ey (4) y Jaspers (5) la dilucidación del marco epistemológico de la psicopatología ocupa un lugar central. Un aspecto destacado es el que se define por la doble pertenencia del campo psicopatológico a dos modelos de ciencia en pugna: las ciencias hermenéuticas o comprensivas por un lado, y las biológicas o explicativas por otro. Ambos modelos a su vez constituyen el ámbito sobre el que se asienta cada una de las propuestas en psicopatología. Por ejemplo, afirmaciones como la de que “*la psiquiatría debería disfrutar de un sistema diagnóstico a partir de la patogenia, como ocurre en el resto de los campos de la medicina*” (6) constituye una clara manifestación del dominio biomédico, cuya propuesta descansa sobre presupuestos orgánicos, desde el que se sostiene que la etiopatogenia y el diagnóstico serían equiparables a los mismos principios que el resto de la medicina, y de este modo las enfermedades mentales vendrían a ser un correlato del mismo tipo que las enfermedades orgánicas, así como también la nosografía sería un elemento central en la descripción e identificación de las enfermedades, entre otros aspectos (6-10). Sin embargo, tanto la etiopatogenia como el diagnóstico de las enfermedades mentales no han dejado de ser nunca un concepto que presenta dificultades epistemológicas en todos sus aspectos, en especial el plano conceptual y metodológico (11-15). Entre ellas se destaca la serie de dificultades alrededor de los estudios sobre el razonamiento diagnóstico, sobre la que más adelante nos detendremos.

Por otro lado, el modelo socioconstruccionista sostiene que es “epistemológicamente primario” para la identificación de un signo o síntoma de enfermedad el marco social y cultural en el que éstos son “construidos” (1, 2). En esta perspectiva se agrupan autores de tradiciones diversas aunque vinculados por la raíz social y constructiva de sus propuestas (16-24).

Pero entonces, frente a estos dos modelos diversos, ¿qué enfoque se debe adoptar? ¿Qué se considera que hace el clínico, *descubre* o *construye* trastornos mentales? (1, 2). Al parecer, para interrogar adecuadamente este tipo de cuestiones resulta necesario un marco metodológico y conceptual que refleje la particularidad epistémica de este campo de investigación, el cual “*necesita causas en relación a sus necesidades de ciencia natural, pero necesita también razones para explicar la acción social*” (2). En este sentido, una tercera propuesta se podría abrir camino entre ambos modelos, para lo cual debería recurrirse a nociones como las de epistemología *híbrida* (1, 2), “*regional*” (25) o “*transdisciplinar*” (26).

La propuesta de este estudio se inscribe en esta última senda, y se centra en la exploración de aspectos específicos que puedan vincularse con la conceptualización y la investigación del *razonamiento diagnóstico* y de nociones

conceptuales sobre la *enfermedad mental* para elaborar finalmente, y a modo de síntesis, una propuesta a partir de los elementos centrales del análisis teórico propuesto.

El diagnóstico clínico dentro del marco biomédico

Sistemas diagnósticos operacionales (p. ej., el DSM) (9) proponen que el método para establecer un diagnóstico se basa en un proceso de identificación de síntomas (modelo inferencial) desde el cual se concibe el reconocimiento de la enfermedad a partir de la recolección, es decir, con *posterioridad* a la identificación de signos y síntomas. Entre sus objetivos se destaca el intento de orientar los criterios diagnósticos en base a hechos objetivos de modo tal que se puedan minimizar las consideraciones personales de cada profesional así como también posibilitar la generación de un marco *standard* de referencia que asegure la confiabilidad (6, 8-15, 27, 28). Sin embargo, ha sido difícil ajustar el diagnóstico clínico a este tipo de principios; no se ha podido respaldar el modelo médico de la enfermedad al no hallarse clara vinculación neurofisiológica de procesos patológicos específicos y que sean a su vez de utilidad clínica. Es decir, hasta el momento no se ha podido reemplazar el juicio clínico ni el razonamiento diagnóstico por sistemas operacionales como el DSM. Además la confiabilidad del sistema diagnóstico, aunque se haya incrementado desde la incorporación de la cuarta versión del DSM, ha sufrido diversas críticas alrededor de lo que muchos consideran como una sobre simplificación de la práctica clínica (7, 8, 10, 14, 15).

Dificultades en la conceptualización del proceso de elaboración del diagnóstico clínico

Desde hace unas cuatro décadas se vienen desarrollando un conjunto de estudios que pretenden dilucidar el “razonamiento diagnóstico”, apuntando a identificar tipos de razonamiento involucrados en la generación de un diagnóstico (29-36). Un estudio (29) ha señalado que entre los principales tipos de razonamiento que podrían estar involucrados se encuentra el razonamiento probabilístico (que estaría apoyado en el empleo de datos estadísticos con fines clasificatorios); también el razonamiento causal (apoyado en la fisiología, utilizado para verificar hipótesis diagnósticas) y el razonamiento categorial (basado en una serie de reglas clasificatorias dentro del marco de la nosografía). No obstante, es importante señalar que junto con este tipo descriptivo de identificación de razonamientos se ha hecho hincapié en el hecho de que el profesional no se guía exclusivamente por “un” tipo particular de razonamiento para todos los casos, ni su utilización asegura la eficacia diagnóstica. Sino que, al contrario, ha sido reconocida la necesidad de centrar los estudios en aspectos *prácticos* de la clínica (37) (y no exclusivamente en un marco analítico desvinculado del *contacto* con el paciente).

En este sentido, los estudios de Norman y colaboradores (33-35) pretenden aproximarse a este tipo de modelos experimentales. En un estudio (34) se exploraron los tipos de razonamiento diagnóstico e índice de eficacia alcanzados. Para ello fueron analizados datos provenientes

tes de dos muestras de participantes que utilizaron dos tipos de razonamiento diferentes para identificar características clínicas relevantes y así determinar diagnósticos posibles a partir de la observación de electrocardiogramas (ECG). Los participantes fueron distribuidos en dos muestras: una muestra, en la que se debía identificar *todas* las características del ECG observadas y una vez recolectadas emitir un diagnóstico; la otra muestra debía incluir manifestaciones clínicas *sólo* cuando pudieran alimentar una hipótesis diagnóstica. Los resultados permitieron considerar que el desempeño de la muestra que debía incluir *toda* manifestación posible observada, en comparación con la otra, se caracterizó por: identificar más cantidad de características señaladas, de las cuales había más cantidad de características incorrectas y más cantidad de características irrelevantes (de acuerdo al diagnóstico verdadero de cada ECG). Se concluyó así que el tipo de razonamiento más eficaz es un razonamiento *orientado*, es decir, cuando el profesional puede elaborar un *recorte* de todas las manifestaciones posibles orientando su búsqueda *sólo* hacia aquellas que ayudan a confirmar o rechazar la hipótesis diagnóstica preliminar.

En otras palabras, lo que se extrae de este tipo de estudios es que en la práctica la observación de un signo no es nunca ingenua o despojada de presuposiciones, sino que por lo general se produce una transformación de un dato en hecho clínico y dicha elaboración es "construida" a partir de *criterios decisoriales* surgidos en la práctica clínica (28). Es posible cuestionar la centralidad del *modelo biomédico para esclarecer aspectos del razonamiento diagnóstico*.

Modelo socioconstruccionista del razonamiento diagnóstico

El modelo socioconstruccionista parte de principios diferentes al modelo biomédico para definir la enfermedad o el diagnóstico puesto que desde este dominio se considera que *estar enfermo* no siempre implica un compromiso orgánico, y en este sentido el principio etiológico biomédico de "*a cada síntoma su causalidad orgánica*" (48) es directamente confrontado. Junto a esto, se llama la atención al hecho que por más que se compruebe dicho principio para ciertos procesos mórbidos, no se agota allí la serie de implicancias que giran en torno a un diagnóstico, puesto que con independencia de su *naturaleza*, estar enfermo conforma siempre otros *significados*, los cuales no se relacionan con un sustrato orgánico determinado, sino a un contexto con el que ejercen un efecto *vinculante* (16). Es decir, que como modos de estar en la sociedad y en el medio político, económico y cultural de referencia, la enfermedad ejerce una vinculación con el contexto de pertenencia (1, 2, 7, 12-26). Así considerada la enfermedad, la práctica diagnóstica debe ser reconducida a la íntima *vinculación* que posee con los fenómenos de interacción social (38).

El diagnóstico clínico como fenómeno de interacción social

A partir de los trabajos pioneros de Schütz (21) y su continuidad en la obra de Garfinkel (22) se ha intentado ofrecer fundamentos a una serie de saberes implícitos den-

tro del terreno de la interacción social. Según estos autores lo que podría considerarse obvio o banal (p. ej., una interacción común y corriente) constituye, no obstante, una actividad estructurada cuyo sentido está asegurado a partir de un "trasfondo" de significados compartidos. Dichos significados, aunque no sea evidente, producen para los actores comprometidos en una situación social determinada una comprensión común en base a una serie de criterios que permiten orientarla satisfactoriamente. El hecho de que no reparemos usualmente en este tipo de criterios, no se debe a que constituyan aspectos irrelevantes, sino que, al contrario, conforman el terreno de lo que es "naturalizado" por el grupo social: un conjunto de fenómenos sobre cuya existencia no dudamos y que pasan a formar parte del "sentido común". Sin embargo, estas "*estructuras del mundo de la vida*" (21) suelen volverse explícitas a partir de las situaciones de *quiebre* respecto del marco atribucional naturalizado, siendo éstas las ocasiones privilegiadas para identificarlas. En este sentido, un quiebre o desvío debe entenderse como una divergencia respecto del marco social canónico de interacción, y es lo que en el campo psicopatológico suele describirse como *comportamiento desviado* (9).

Estas *estructuras de sentido o marcos comprensivos* han sido reconocidas como involucradas, no sólo en contextos cotidianos de interacción, sino también al interior de la práctica profesional (14, 15, 18-22, 38, 41, 42, 43). Por nuestra parte consideramos que destacados clínicos e investigadores han reconocido y expresado ideas que permiten entrever, a pesar de los modelos teóricos y las propuestas diversas que caracterizan su aporte particular, descripciones acerca de cómo realizan el diagnóstico en la práctica que parecen introducir esta clase de criterios implícitos y/o no formales (47). Por ejemplo, Freud distinguió alrededor del diagnóstico clínico una "enseñanza oficial", pero junto a éste destacó también otro tipo de "razones" empleadas para alcanzarlo: "Este es el modo en que todos nosotros diagnosticamos junto al lecho del enfermo, aunque *la enseñanza clínica oficial* presente a veces las cosas de otra manera a los estudiantes. A ello se anudan luego puntualizaciones de diagnóstico diferencial; el conferencista procura aclarar las *razones* que lo han guiado hacia su identificación, razones que, como es bien sabido, algunos *buenos diagnosticadores son incapaces de indicar, aunque en el fondo se orientan por ellas*" (cursivas no están en el texto original) (39).

De modo similar, Rümke también realizó observaciones que convergen en el mismo punto al expresar que para establecer diagnósticos hay "datos distintos" que son empleados "más" allá de las teorías: "Si el clínico es verdaderamente clínico, siempre sabe *más* que lo que contiene su teoría. A veces ese 'más' se hace evidente, sobre todo, en los puntos donde no hallamos nada o casi nada en la teoría (...) en el médico clínico el hombre se manifiesta al máximo. (...) Muchas veces me sorprendió que hiciera yo mismo diagnósticos a partir de *datos distintos* de los que usaba para explicar mis diagnósticos ya una vez hechos" (cursivas no están en el texto original) (40).

Incluso este último elaboró una interesante propuesta para introducir como criterio diagnóstico de psicosis el "sentimiento precoz", el cual estaría caracterizado

principalmente por la dificultad que tiene el clínico en estos casos para establecer un vínculo con el paciente como *persona*, es decir la imposibilidad de realizar el conjunto de atribuciones básicas como la empatía y un esquema de racionalidad compartido (nociones de sentido común y modos de hacer compartidos), que son las que normalmente se despliegan en todo *contacto social* (es importante señalar aquí la referencia al criterio del contacto y vínculo social como un elemento destacado del proceso diagnóstico).

No sólo este tipo de descripciones de la práctica parecen aludir a una serie de saberes implícitos surgidos de la interacción social, sino que también, y este es un punto relevante, fenómenos surgidos desde la práctica clínica misma pueden ser interpretados como permeables o definidos por la interacción social. Tal es el caso de la “rapidez” con que muchas veces el clínico puede establecer el diagnóstico (entre los tres y cinco primeros minutos de la entrevista) (41, 42, 43), lo cual evidencia un modo de establecer el diagnóstico distinto del inferencial/operacional, ya que en estos casos el diagnóstico no parece estar establecido a partir de una organizada búsqueda de síntomas que con posterioridad pudieran integrar la enfermedad, sino que lo que parece orientar un diagnóstico temprano a partir de unos pocos elementos clínicos es la destreza para conjugar diversos *criterios decisionales* en conjunto con una *orientación* atribuida a los datos clínicos. Es decir, este tipo de diagnósticos depende más de las construcciones dirigidas a conformar datos clínicos que de hechos identificados y luego vinculados con criterios diagnósticos que permitan con posterioridad inferir la enfermedad; o bien, en palabras de Berríos y Chen, el clínico ve la enfermedad *junto con* los signos que la indican, y no con posterioridad a éstos, como es propuesto en el modelo inferencial biomédico (28).

El problema conceptual de la enfermedad mental

El *significado* de un trastorno mental es independiente del sustrato orgánico sobre el que pudiera estar asentado, y la actividad diagnóstica conlleva atributos de una interacción social, y no sólo criterios ajustados a modelos inferenciales. En este sentido, el reconocimiento y significado social de la enfermedad es epistemológicamente primario (1, 2), puesto que sin un criterio para identificar las llamadas conductas “desviadas”, “patológicas”, “bizarras”, entre otro tipo de denominaciones usuales en las descripciones psicopatológicas actuales (9), no habría sustrato orgánico que tenga justificada su existencia.

En este apartado se exploran brevemente algunas de las propuestas relevantes para situar el problema conceptual de la enfermedad en un marco epistemológico híbrido, en interacción con los modelos biomédico y socioconstruccionista.

Medicina orgánica y medicina mental

Foucault establece una distinción entre la medicina orgánica y la medicina mental, planteando que mientras la primera es una genuina ciencia aplicada al *cuerpo humano*, no puede aplicarse del mismo modo a la *persona*

(16). Esto sería así por el hecho de que la patología mental requiere métodos de análisis diferentes, dado que los recursos empleados frente a las *enfermedades del cuerpo* no pueden ser utilizados en el mismo sentido cuando son trasladados a las *enfermedades mentales*. Además, mientras las ciencias naturales han podido generar categorías de análisis con mayor independencia del medio social y cultural del que surgen, y pueden erigirse sobre componentes funcionales de la naturaleza *física y orgánica*, las ciencias humanas, por su parte, no pueden mostrar tal nivel de abstracción, y por consiguiente, están mucho más íntimamente ligadas a las estructuras culturales de las que emanan, puesto que no cuentan con una *naturaleza humana* sobre la cual erigirse.

Esta distinción posee hondas consecuencias ya que si la fisiología puede abstraer de la totalidad del organismo un *funcionamiento particular*, no se puede esperar lo mismo cuando se hace referencia a la persona puesto que la comprensión del hombre no se puede diseccionar en partes aisladas, sino que constituye un *todo*. Sin embargo, la psicopatología (influida por la perspectiva biomédica) al pretender asimilar propuestas que intentan explicar la conducta humana ha recaído siempre en un error conceptual grave al intercambiar, como si fueran equivalentes, conceptos de naturaleza biológica con otros de raíz cultural. En este sentido, es ineludible un esclarecimiento de este tipo de principios ya que ni en el plano conceptual ni en el metodológico se pueden mezclar niveles de explicación distintos.

Confusión conceptual y metodológica

Thomas Szasz ofrece observaciones que esclarecen el tipo de dificultades conceptuales anteriormente referidas. Señala que la práctica psiquiátrica (y los modelos que conforman el marco de la psicopatología) se encuentran arraigados a criterios morales y suposiciones de sentido común no explicitadas, lo cual puede observarse bajo consideraciones realizadas por los profesionales cuando parecen sostener que los pacientes tienen *algo* (enfermedad mental) que los normales no tienen, al igual que cuando se considera que tratan el mismo tipo de enfermedad que las orgánicas (18, 19, 20). Al respecto, si bien existen ciertos elementos para sostener esto (p. ej., hechos en que esta relación se ha visto relativamente fundamentada para aquellos fenómenos orgánicos en que, como la sífilis cerebral o el delirium tóxico-, en que las personas manifiestan desórdenes del pensamiento y del comportamiento), no obstante, según Szasz, la psiquiatría se extiende sobre un amplio campo de situaciones vitales que no sólo incluyen aquellas patologías orgánicas comprobadas sino también patologías cuyo único sustento son lo que podría llamarse “*problemas de la vida*” (conflictos sociales, personales e interpersonales, vinculados a valores sociales y culturales que puede mostrar un sujeto en los ámbitos donde se desenvuelve). Esto se evidencia en el hecho que al ser reconocida una idea como “extraña” o un comportamiento como “desorganizado”, tales hechos no son establecidos a partir de marcadores somáticos involucrados, sino que para reconocerlos el profesional se orienta a

partir de un marco comprensivo utilizado como *trasfondo de sentido* empleado en la interacción social. De este modo, lo que se puede observar es que bajo la identificación de un hecho extraño o desorganizado se está cotejando el tipo de expectativas sociales a partir de las que es posible esperar que las personas planteen ideas con cierta estructura y sentido, o que el comportamiento y la personalidad muestren cierto orden (es decir, que no estén desorganizadas).

En estos (y muchos otros casos) la confusión conceptual se observa cuando no es advertido que al decir que alguien tiene esquizofrenia, no se está identificando una disfunción orgánica, sino que tal juicio es sostenido sobre un tipo de valoración social y cultural (con independencia de que luego pueda ser estructurada y "presentada" como parte de contenidos formales, como las teorías). Sólo así es posible entender por qué suceden muchas veces en psicopatología ciertos hechos paradójicos, como el siguiente (elaborado a partir de un ejemplo de Szasz):

Alguien entra a una iglesia a hablar con Dios, y esto, obviamente, no tiene nada de patológico. Luego, al salir de la iglesia la misma persona se dirige a la policía y dice haber hablado con Dios; entonces seguramente esa persona será tomada por esquizofrénica (20).

Confusión conceptual en la investigación del razonamiento diagnóstico

Hay quienes aseguran que el razonamiento diagnóstico puede estructurarse y esquematizarse, al punto de que sus aspectos centrales pueden traducirse en algoritmos analizados por sistemas informáticos "expertos" que podrían ayudar al profesional a emitir un diagnóstico en situaciones de resolución de problemas complejos. Esto es lo que sostiene, entre otros, el equipo dirigido por Razzouk (44, 45). Este equipo condujo un estudio que, basado en los principios del modelo biomédico, intentó describir el método de identificación de síntomas principales que sustentan un diagnóstico y cómo el profesional selecciona y organiza la información relevante. Con esa meta fueron seleccionados tres profesionales con más de quince años de trayectoria a los que les fueron presentadas cuatro viñetas clínicas en base a cuadros de esquizofrenia y/o esquizofreniformes y sobre las cuales debían señalar síntomas que apoyaran el diagnóstico presuntivo. Luego, fueron comparados los resultados y se observó que ni para el diagnóstico ni para los síntomas seleccionados hubo acuerdo unánime en la mayoría de las viñetas; en ocasiones hubo acuerdo en el diagnóstico pero no en los síntomas, en otras hubo acuerdo en los síntomas y no en el diagnóstico. En conclusión, se observó: mayor nivel de acuerdo sobre síntomas inespecíficos (presentes en otras formas de psicosis, es decir, en varios cuadros diagnósticos -síntomas de primer rango de Schneider y delirio-) y menor nivel de acuerdo sobre síntomas específicos (los más relevantes según cada profesional -desorganización y afecto embotado-). Según los autores, los resultados reflejaron patrones de razonamiento diferentes debido al marco teórico de referencia y a la experiencia de cada profesional, aspectos que irían conformando para cada uno esquemas de referencia propios.

Junto a estos resultados, otros elementos del marco teórico de estos estudios (44, 45) sostienen que el razonamiento diagnóstico descansa en la "mente" del profesional y que se reduce a modos de organización de la información y de inferencia diagnóstica a partir de "atajos cognitivos", apoyando de este modo la presunción de que el razonamiento diagnóstico se puede descomponer en una serie de reglas o patrones de información (tal como anteriormente ha sido planteado en apartados anteriores referidos al modelo biomédico), y de que toda investigación debe dirigirse a lo que sucede en el "cerebro" y en la "cognición" del profesional (descuidando, como ya lo hemos destacado anteriormente, aspectos que vuelven a la actividad diagnóstica una labor vinculante, en íntima relación con la interacción social y con marcos comprensivos para interpretar y atribuir sentido a la acción humana).

Es aquí entonces donde puede resultar útil introducir el tipo de nociones como las aportadas por un modelo socioconstruccionista, desde el que se considera que una manifestación clínica se convierte en síntoma de patología dentro de un marco cultural específico en el que resulta significativa, de modo que no es posible *identificar* y *comprender* un síntoma recurriendo a una serie de reglas gramaticales o por sumatoria de procesos de razonamiento que pudieran descomponerse. En este sentido, un síntoma es construido y adquiere así una cierta *cualidad* que no equivale a la adición u organización de *cantidades*. Esto no deja de tener resonancias a una frase literaria pero representativa del aspecto conceptual que se quiere remarcar, que dice: "*no puede establecerse cuándo se alcanza la categoría de montón agregando granos de trigo*" (46).

Volviendo a los resultados aportados por el estudio anteriormente mencionado, el hecho de que un método (p. ej., el DSM) permita estructurar y organizar datos observados en la clínica no significa que sean esos mismos criterios los que permiten emitir *valoraciones* clínicas ni *comprender* aquello que el profesional construye en la práctica. En este punto no hay que dejar de mencionar que el propio DSM realiza recomendaciones dirigidas a esta cuestión. Plantea, por ejemplo, que en última instancia es en base al "*juicio clínico*" que se pueden emitir diagnósticos, y que el manual no debe ser utilizado como un libro de "*recetas de cocina*" (9). Así mismo, la orientación cognitivista y biológica del modelo inferencial biomédico posee el sesgo de orientar las investigaciones sobre el razonamiento clínico al "estrecho" ámbito relacionado con el profesional -descuidando fenómenos de índole relacional y vincular.

Junto a todos estos señalamientos, un elemento más puede ser indicado como relevante desde el marco socioconstruccionista. Los mismos investigadores (44, 45) señalan que los profesionales *emitieron diagnósticos sin que se cumplieran dos criterios elementales* para establecer diagnóstico de esquizofrenia según los manuales clasificatorios principales en los que explícitamente éstos decían basarse: en las viñetas clínicas presentadas no había referencias a síntomas positivos (relevante en clasificación CIE-10 de esquizofrenia), ni estaba especificado el tiempo que duraba la disfunción (DSM-IV considera mínimo de 6 meses). Sin embargo, los profesionales no tuvieron inconvenientes para emitir sus diagnósticos, lo cual evidencia una vez más que el diagnóstico parece estar asentado

sobre otro tipo de elementos que no logran ser encajados en los principios biomédicos. Esto podría interpretarse, no como un resultado negativo o un tipo de comprobación que vendrá en el futuro (el cual usualmente suele ser el refugio para muchos estudios alineados en el modelo biomédico) (2), sino que, al contrario, pueden ser interpretados estos resultados como la situación concreta y práctica que caracteriza al diagnóstico en la labor clínica y que es sobre ellos que debe asentarse una adecuada conceptualización y esclarecimiento metodológico. En definitivas, en palabras de Berrios (2), posiblemente a partir de aquí sea viable pensar una “nueva epistemología para la psiquiatría” y la psicopatología.

Discusión

Este estudio pretendió señalar algunas de las dificultades para conceptualizar el modo de razonamiento diagnóstico en el ámbito psicopatológico desde un enfoque estrictamente biomédico. Se pudo observar que desde esta propuesta se le pide al profesional que identifique una supuesta enfermedad a través de síntomas y signos estructurados y ordenados en base a un proceso cuantitativo y operacionalizable (cuya forma más acabada se encuentra en el desarrollo de sistemas expertos), siendo que el razonamiento diagnóstico no se desarrolla de ese modo ni el profesional realiza *de hecho* esas acciones para arribar a un diagnóstico. Es debido a esta particularidad que los intentos por operacionalizar el modo de emitir diagnósticos yerran una y otra vez su objetivo puesto que los profesionales emiten diagnósticos aunque no se cumplan criterios mínimos contemplados en los manuales clasificatorios principales (47). En otras palabras, parece quedar evidenciado que los criterios operacionales diagnósticos no permiten al profesional *comprender o reconocer* la patología, aunque sí los ayude a *clasificarla*.

Intentó ponerse de manifiesto que lo que conforma el marco de la *comprensión* no debe ser confundido, ni conceptual ni metodológicamente, con la *clasificación* puesto que ambos términos se adhieren a modelos de ciencia distintos (el socioconstruccionista por un lado y el biomédico por otro). Esta distinción, sin embargo, no implica exclusión. Por lo tanto, la investigación de causalidades orgánicas relacionadas a fenómenos patológicos o los intentos por estructurar y esquematizar el razonamiento diagnóstico son plenamente válidos y necesarios. No obstante, lo que no puede descuidarse son los distintos aspectos que caracterizan a cada modelo cuando se define al razonamiento clínico y a la enfermedad mental. Para eso pusimos como ejemplo la

investigación de Razzouk, según la cual los investigadores tratan justamente de arribar al marco de la *comprensión* desde la mera *clasificación*, confundiendo así, como usualmente sucede en psicopatología, dos ámbitos que no pueden ser vinculados (44, 45).

Sería necesario redefinir el concepto de enfermedad y reconocer la especificidad del campo psicopatológico, la cual está marcada por una doble pertenencia tanto al modelo construccionista como al biomédico, y que podría quedar reflejada en un modelo epistemológico híbrido. Desde aquí podrían señalarse algunos límites conceptuales que el modelo biomédico aún sostiene, como por ejemplo la consideración del diagnóstico en psicopatología como un homólogo del diagnóstico en el resto de las especialidades médicas puesto que al parecer, la identificación de la causa o tipo de enfermedad no ocuparía en este campo el mismo lugar que en medicina en general. Del mismo modo la sintomatología considerada como dependiente de principios inferenciales como los propuestos por el DSM posiblemente pudiera pasar a tener un rol menos central, y junto a esto, es posible que aspectos no considerados principales en el proceso de elaboración diagnóstica pudieran cobrar mayor relevancia, como por ejemplo el tipo de presupuestos involucrados en los “criterios decisionales” (usualmente atribuidos a la “experiencia clínica” o al “juicio clínico”, como se observa en el DSM), y que se observan en fenómenos como los diagnósticos “por sentimiento” (40), los diagnósticos inmediatos (41, 42, 43) o los diagnósticos emitidos aunque no se tengan todos los elementos clasificatorios que apoyen la decisión (44, 45).

Desde el aporte del modelo socioconstruccionista es importante extraer la observación de que el reconocimiento de un síntoma no podrá nunca aprehenderse en forma científica como un fenómeno exclusivamente médico, ni el razonamiento diagnóstico podrá descomponerse en una serie de reglas, puesto que “*la mayoría de las veces las interpretaciones conscientes de la enfermedad y la curación no son más que normas culturales eminentemente relativas y, por consiguiente, no poseen el carácter operativo que buscamos*” (7).

Agradecimientos

Estudio subsidiado y avalado por Secretaría de Investigación, Ciencia y Técnica (Secyt) (UNC).

Declaración de posibles conflictos de intereses

El autor no declara conflictos de intereses ■

Referencias bibliográficas

- Berrios G. Filosofía e historia de la Psiquiatría y la Psicopatología - 1a Parte. *Vertex* 2011; XXII 1: 8-18.
- Berrios G. Hacia una nueva epistemología de la Psiquiatría. Buenos Aires: Polemos; 2011.
- Pichot P. El abordaje clínico en psiquiatría (introducción). En: Pichot P, Rein W, editores. El abordaje clínico en psiquiatría. Historia, función, aplicaciones. Buenos Aires: Polemos; 1995. p. 7-22.
- Ey H. Estudios psiquiátricos. Vol 1. Buenos Aires: Polemos; 2008.
- Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. 5ta ed. Traducción castellana: Psicopatología general. 4ta ed. Buenos Aires: Beta; 1946. p. 956.
- Hyman S. Prefacio. En: Phillips K, First M, Pincus H, editores. Avances en el DSM. Dilemas sobre el diagnóstico psiquiátrico. Barcelona: Masson; 2005.
- Laplantine F. Anthropologie de la maladie. Étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentales contemporaine. Traducción castellana: Antropología de la enfermedad. Buenos Aires: Ediciones del sol; 1999. p. 40.
- Maj M. Keeping an open attitude towards the RDoC project. *World Psychiatry* 2014; 13 (1): 1-2.
- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ta ed. Barcelona: Masson; 1995.
- Berrios G. Sleep, dreams and the symptoms of madness. *Hist Psychiatry* 1996; 7: 183-92.
- Phillips K, First M, Pincus H, editores. Avances en el DSM. Dilemas sobre el diagnóstico psiquiátrico. Barcelona: Masson. 2005.
- Owens D. The challenges of diagnosis and continuing patient assessment. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2000; 4 (Suppl 1): 13-18.
- Widiger T, Clark L. Toward DSM-V and the classification of Ppsychopathology. *Psychol Bull* 2000; 126 (6): 946-63.
- Bourgeois M, Rechoulet D. Los primeros minutos, primer contacto y rapidez diagnóstica en psiquiatría. En: Pichot P, Rein W, editores. El abordaje clínico en psiquiatría. Historia, función, aplicaciones. Vol. 3. Buenos Aires: Polemos; 1995. p. 37-50.
- Tatossian A. El problema del diagnóstico en la clínica psiquiátrica. En: Pichot P, Rein W, editores. El abordaje clínico en psiquiatría. Historia, función, aplicaciones. Vol. 2. Buenos Aires: Polemos; 1995. p. 67-80.
- Foucault M. Enfermedad mental y personalidad. Buenos Aires: Paidós; 2006.
- Foucault M. historia de la locura en la época clásica. México: Fondo de Cultura Económica; 2004.
- Szasz T. Law, Liberty, and Psychiatry. New York: MacMillan; 1963
- Szasz T. Ideología y enfermedad mental. Amorrortu: Buenos Aires; 1988.
- Szasz T. El mito de la enfermedad mental. En: Basaglia F, Langer M, Szasz T, Caruso I, Verón E, Suárez A, Barrientos G, editores. Razón, locura y sociedad. México: Siglo XXI; 1999. p. 85-102.
- Schütz A. El problema de la realidad social. Buenos Aires: Amorrortu; 1962.
- Garfinkel H. Estudios en etnometodología. Barcelona: Anthropos; 2006. p. X-254.
- Canguilhem G. On the normal and the pathological. Holanda: Reidel; 1978.
- Foucault M. El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. México: Fondo de Cultura Económica; 2006.
- Lantéri-Laura G. La noción de epistemología regional en psiquiatría. *Vertex* 2004; XV (55): 34-9.
- Samaja J. Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
- Jablensky A, Kendell R. Criteria for assessing a classification in psychiatry. In: Maj M, Gaebel W, López-Ibor J, Sartorius N, editors. Psychiatric diagnosis and classification. UK: John Wiley and Sons; 2002. p. 1-24.
- Berrios G, Chen Y. Recognising psychiatric symptoms. Relevance to the diagnostic process. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 308-14.
- Kassirer J. Diagnostic Reasoning. *Ann Inter Medicine* 1989; 110: 893-900.
- Garb H. Clinical Judgement, Clinical Training, and Professional Experience. *Psychol Bull* 1989; 105 (3): 387-96.
- Leibovich A. Cómo psicoanalistas y psicoterapeutas cognitivos construyen sus inferencias clínicas. Estudio empírico. *Aperturas Psicoanalíticas* 2004 Julio; 17.
- Leibovich A. "Más allá de la información dada": Cómo construimos nuestras hipótesis clínicas. *Rev Soc Arg Psicoanálisis* 2000 agosto; 3: 97-114.
- Norman G. Research in clinical reasoning: past history and current trends. *Med Educ* 2005; 39: 418-27.
- Norman G, Brooks L, Colle C, Hatala, R. The benefit of diagnostic hypotheses in clinical reasoning: Experimental study of an instructional intervention for forward and backward reasoning. *Cogn Instr* 2000; 17, 433-48.
- Eva K y Norman G. Heuristics and biases-a biased perspective on clinical reasoning. *Med Educ* 2005 Sep; 39 (9): 870-2.
- Garb H. The Representativeness and past-behavior heuristics in clinical judgement. *Prof Psychology* 1996; 27 (3): 272-77.
- Kendler K, Zachar P, Craver, C. What kinds of things are psychiatric disorders? *Psychol Med* 2011; 41: 1143-50.
- Paicheler H. La epistemología del sentido común. En: Moscovici S, editor. Psicología Social. Vol. 2. Barcelona: Paidós; 1986.
- Freud S. Informe sobre mis estudios en París y Berlín. En: Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud (1886-1899). 2da ed. 13ra reimp. Buenos Aires: Amorrortu; 2004.
- Rümke E. Significado de la fenomenología en el estudio clínico de los delirantes. En: Stagnaro J, editor. Alucinar y delirar. Tomo II. Buenos Aires: Polemos; 1998. p. 148-62.
- Cantor N, Smith E, French R, y Mezzich J. Psychiatric Diagnosis as Prototype Categorization. En: Pichot P, Rein W, editores. El abordaje clínico en psiquiatría. Historia, función, aplicaciones. Vol. II. Buenos Aires: Polemos; 1995. p. 67-80.
- Gauron E y Dickinson J. Diagnosis Decision Making in Psychiatry. I. Information Usage. In: Pichot P, Rein W, editores. El abordaje clínico en psiquiatría. Historia, función, aplicaciones. Vol. II. Buenos Aires: Polemos; 1995. p. 67-80.
- Schwartz M, Wiggins O. Typifications. The first step for clinical diagnosis in psychiatry. En: Pichot P, Rein W, editores. El abordaje clínico en psiquiatría. Historia, función, aplicaciones. Vol. III. Buenos Aires: Polemos; 1995. p. 37-50.
- Razzouk D, Mari J, Shirakawa I, Wainer J, Sigulem D. How do experts recognize schizophrenia: the role of the disorganization symptom. *Rev Bras Psiquiatr* 2006; 28 (1): 5-9.
- Razzouk D, Mari J, Shirakawa I, Wainer J, Sigulem D. *Braz J Med Biol Res* 2006; 39 (1): 119-28.
- Sábato E. Lingüistas y milenarios. *Texto Crítico* 1979; 5 (15): 3-6.
- Di Persia N. Esquemas de razonamiento clínico en psicoterapia: su incidencia en el diagnóstico y la intervención. (Tesis de grado no publicada). Universidad Nacional de Córdoba: Argentina; 2012.
- Argañaraz J. Psicopatología y Psicoanálisis. Una perspectiva desde Lakatos. Córdoba: Brujas; 2007.

Historiografías: de la psiquiatría en Brasil y sus instituciones*

Ana Teresa A. Venancio

*Doctora en Antropología Social del Museo Nacional (Universidad Federal de Río de Janeiro)
Investigadora de la Casa Oswaldo Cruz de la Fundação Oswaldo Cruz (COC / Fiocruz) y Profesora del Programa de Posgrado en Historia de la Ciencia y Salud (COC / Fiocruz).
E-mail: anavenancio@fiocruz.br*

Cristiana Facchinetti

*Doctora en Teoría Psicoanalítica (Universidad Federal de Río de Janeiro) con post-doctorado en Historia de la Ciencia y de la Salud (Fiocruz). Investigadora de la Casa de Oswaldo Cruz de la Fundação Oswaldo Cruz (COC / Fiocruz) y Profesora del Programa de Posgrado en Historia de la Ciencia y de la Salud (COC / Fiocruz)
E-mail: cfac@fiocruz.br*

Introducción

Este artículo trata acerca de cómo los investigadores han descrito y analizado la historia de la psiquiatría en Brasil y sus instituciones asistenciales, en tanto que campos médico-científicos especializados. Al orientar el tema, se nos presenta, desde un principio, la siguiente cuestión: ¿qué es lo que diferencia y qué es lo que aproxima la psiquiatría a las instituciones psiquiátricas? Consideramos que la psiquiatría es un campo de conoci-

miento científico especializado de la medicina, que produce teorías, crea conceptos, debate hipótesis y que también tiene, históricamente, la misión de dar soporte a las instituciones terapéuticas. De esta forma, debe entenderse la psiquiatría como la articulación entre la ciencia y la política asistencial: por una parte, una ciencia que tiene en la locura su objeto de investigación, y por otra, la asistencia fundamentalmente pública, casi

Resumen

Este artículo hace un balance de la historia de la psiquiatría y de sus instituciones en Brasil, centrándose en la bibliografía producida en los últimos treinta y cinco años. Sitúa el contexto más amplio de las tendencias teóricas presentes en los estudios históricos -la perspectiva foucaultiana, los enfoques antropológicos, la historia social y la historia cultural-, destacando los análisis más actuales. Para el sondeo de esas obras recientes hemos llevado a cabo una recogida de datos de tesis doctorales y de tesinas de máster en Historia defendidas en Río de Janeiro, así como en Salud Colectiva y Psiquiatría que históricamente se han dedicado al área de la salud mental. Desde el punto de vista metodológico, el análisis también ha tenido en cuenta los marcos temporales y geográficos objetos de los textos, los tipos de fuentes empleadas, los principales temas y lugares de producción y las matrices teóricas que los fundamentan. Hemos observado la variedad de temas de los textos, a la par que el enfoque más reciente en marcos temporales ampliados, sin olvidar trabajos que analizan eventos en otras ciudades fuera del eje Río de Janeiro-São Paulo.

Palabras claves: Enfermedad mental - Psiquiatría - Historia - Instituciones - Brasil.

HISTORIOGRAPHIES: PSYCHIATRY IN BRAZIL AND ITS INSTITUTIONS

Abstract

This article presents an overview of the history of Psychiatry field and its institutions in Brazil, with emphasis on literature produced in the last thirty-five years. It places the history of Psychiatry in the broader context of theoretical trends in historical studies - as philosophical, anthropological, social history and cultural history approaches - highlighting the most current analyzes. To achieve this goal, authors' selected doctoral theses and dissertations dedicated to mental health in Rio de Janeiro's History as well as Public Health and Psychiatry Graduate Programs. The methodological plan included attention to chronologic and geographic landmarks, types of sources used, themes and places of production as well as the theoretical frameworks that supported them. In this perspective, the article observed the range of subjects taken, the investment in different time clippings as well as in thesis that analyze events in other cities outside the axis Rio de Janeiro and São Paulo.

Key Words: Mental disease - Psychiatry - History - Institutions - Brazil.

* Este trabajo es una versión reducida y reorganizada del texto "Da Psiquiatria e de suas Instituições: um balanço historiográfico", que será publicado en el libro *História da Saúde no Brasil*, organizado por Luiz Antonio Teixeira, Tania Salgado Pimenta y Gilberto Hochman, en lengua portuguesa. El presente artículo ha sido traducido por la Dra. Bethania Guerra de Lemos.

siempre desplegada por medio de la institución asilar (1, 2).

La presentación de este balance sobre la historia de la psiquiatría y de las instituciones psiquiátricas en Brasil corrobora algunos análisis sobre la psiquiatría en el contexto europeo e iberoamericano (3, 4, 5), y sobre la historia de la medicina (6) y de la psiquiatría en Brasil (7). De acuerdo con tales estudios, consideramos que en Brasil la historia de la psiquiatría también se inició, ya en el siglo XIX, a través de trabajos que podemos llamar “pioneros”, marcados por una visión tradicional y continuista de la narrativa histórica. Un segundo grupo de estudios, mayoritariamente de orientación foucaultiana, se opuso a ese primer modo de narrativa histórica, y dejó paso a un tercer grupo de trabajos inspirado en los diálogos con la antropología, el psicoanálisis, la historia social y cultural y, más recientemente, con la historia de las ciencias. Estos diálogos “*propiciaron un desplazamiento heurístico en relación con la propia construcción del objeto de estudio, ahora implicado en el mundo de las ideas -las representaciones sociales, los proyectos civilizadores, las categorías diagnósticas- y también en las experiencias vividas por los distintos actores sociales*” (7). Esos tres grupos no obedecen a una línea cronológica sucesiva: aunque los trabajos del tercer grupo se hayan producido a partir de mediados de los años 1980, es posible constatar en el mismo período la permanencia de una literatura “pionera”, marcada por una visión historiográfica “tradicional,” junto con el desarrollo de nuevos trabajos enfocados hacia las contribuciones foucaultianas.

Centramos nuestro análisis en la constitución específica del segundo y tercer grupos, deteniéndonos en los trabajos de inspiración foucaultiana y en otras relecturas que han ampliado los marcos temporales y geográficos de sus objetos, el tipo de fuentes que utilizan, los principales temas, lugares de producción, y los referentes teóricos que los fundamentan.

Los estudios “pioneros” entre el mito de origen y el progreso científico: una pequeña revisión

A ejemplo de la historia y la historiografía de la medicina ochocentista en Brasil (6), los trabajos “pioneros” sobre la historia de la psiquiatría local fueron tradicionalmente escritos, en distintas épocas, por médicos psiquiatras, muchos de los cuales ocupaban cargos significativos en el contexto de la psiquiatría académica o de la política pública asistencial en Brasil: João Carlos Teixeira Brandão (1854-1921), Juliano Moreira (1873-1933), Antonio Carlos Pacheco e Silva (1898-1998), Francisco Franco da Rocha (1864-1933). Tienen en común la preocupación por rescatar la memoria de su práctica profesional y el elogio de la medicina de su época, dando lugar a un esquema teleológico sostenido en la fe en la evolución de las ciencias médicas, en detrimento de los errores del pasado, y en favor de la moderna y correcta medicina del presente (6).

Operan con una visión histórica, acumulativa y progresiva, en la que se evalúan los obstáculos de aquel momento y se planifica el futuro que se pretende construir. No pode-

mos olvidar que esa mirada prospectiva proviene del hecho de que los autores sean personalidades activas del área: formuladores y ejecutores de lo que se empezaba a denominar como psiquiatría. En ese sentido, el futuro, deseado y planificado en el presente, ha de ser siempre mejor que el pasado. Esa visión de la historia se teje en los textos gracias a una concepción de la ciencia que busca liberarse progresivamente del sentido común y avanzar, en aquello que seguramente se considera posible en el tiempo lineal cronológico, en dirección al futuro: no existen fracasos, retrocesos; la ciencia universal será siempre un baluarte en la construcción de un mundo mejor. En estos trabajos se observan pocas referencias a fuentes primarias y, notoriamente, una tendencia a tratar los temas de la asistencia a partir de experiencias propias y de la participación en el área. Las fuentes primarias que utilizan son, en general, documentos oficiales, como la legislación, los informes de los presidentes de provincia y ministeriales, informes de los órganos públicos, comunicaciones oficiales y testimonios de los profesionales.

Los temas principales son la historia de la asistencia psiquiátrica y de las instituciones, a la par que las biografías de médicos psiquiatras, en gran medida escritas después de su fallecimiento. En cuanto al tema de la asistencia, se observa la presentación de amplios panoramas que buscan abarcar la totalidad de las instituciones en el territorio nacional: no es casual que la mayor parte de los títulos citados se refiera a la “*asistencia a alienados en Brasil*”, “*modelo asistencial psiquiátrico en Brasil*”, “*psiquiatría brasileña*”, etc. Sin embargo, ese alcance geográfico no se ve siempre reflejado en el análisis, y frecuentemente se concentra en el *locus* de actuación de los autores (especialmente en el eje Río de Janeiro-São Paulo).

Respecto a los marcos temporales, los trabajos citados tienden a referirse a eventos lejanos de la historia de Brasil -como el periodo colonial (8)- o a hechos relacionados con el “origen” de la psiquiatría en nuestro país: la fundación (1841) y posterior inauguración (1852) del primer manicomio brasileño, el *Hospício de Pedro II*¹, así como la creación de la primera cátedra de Clínica Psiquiátrica y Enfermedades Mentales en la *Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro* (FMRJ), en 1882. En general finalizan sus análisis en la misma época de su redacción, ya sea a finales del siglo XIX, el inicio del XX (8, 9) o la década de 1930 (10).

El texto más antiguo que conocemos dentro de ese enfoque es el de João Carlos Teixeira Brandão, publicado por la Imprensa Oficial en 1886, y reeditado en 1955 en un número conmemorativo de los *Arquivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria* (11). En esa ocasión, Teixeira Brandão era el primer catedrático en Clínica Psiquiátrica y Enfermedades Mentales de la FMRJ y se convertiría en director del *Hospício* al año siguiente, 1887, cargo que ejerció durante diez años. Brandão actuaba entonces como personaje de esa historia: en el contexto imperial, defendía la necesidad de una asistencia laica y especializada a los alienados en Brasil, ya que, según él, el *Hospício de Pedro II*, administrado por la *Santa Casa da Misericórdia*, seguía manteniendo el ingreso de enfermos bajo

¹ La institución se llamó Hospício de Pedro II durante el Imperio; al año siguiente a la proclamación de la República, pasó a denominarse Hospício Nacional de Alienados, y en 1911 recibió el nombre de Hospital Nacional de Alienados. En 1927 se vuelve a cambiar su nombre por el de Hospital Nacional de Psicópatas.

el control del aparato administrativo de la institución, y el tratamiento orientado por principios caritativos y religiosos, lo que, de acuerdo con Brandão, impedía su curación. Consecuentemente, y de acuerdo con la teoría pinel-esquiroliana aún vigente en el país, Brandão afirmaba que para que el *Hospício* se volviera un centro de tratamiento capaz de curar las distintas manifestaciones de la locura, era necesaria una reforma sustantiva del asilo, capaz de transformarlo en un *locus* de investigación y de sistematización de conocimientos científicos.

En el texto, el autor destacaba también la necesidad de que el Imperio creara un servicio para alienados que orientara la asistencia en todo el país, pues para Teixeira la realidad de los alienados en Brasil se parecía todavía a la situación francesa antes de Pinel (12). También destacaba la inexistencia tanto de una legislación específica para alienados, como de instituciones especiales para los *locos criminales*.

Algunos años después, ya en el contexto de la república recién proclamada, Teixeira Brandão (13) volvió a hacer un repaso histórico del asilo y de la asistencia psiquiátrica de Río de Janeiro. Sin embargo, en aquel momento, como Director General de la Asistencia, destacó la ruptura fundamental, científica y laica, llevada a cabo por su gestión al frente del *Hospício Nacional de Alienados*, en comparación con la gestión precedente. El referido artículo se escribió en medio de la creciente tensión que dominó las relaciones entre religiosos, juristas, legisladores y médicos de esos primeros años de la República, y que culminó en la salida de Brandão de la dirección del hospital y en la supresión del cargo de Director General de Asistencia (Decreto Nº 2.467 de 19/02/1897). De acuerdo con las denuncias, debates en el senado, informes y averiguaciones (14), después de todas las reformas efectuadas, el hospital seguía teniendo un bajo número de altas médicas frente a las crecientes tasas de mortalidad.

En el contexto de una nueva reorganización de la asistencia que solucionara la crisis instaurada, José Joaquim Seabra (1855-1942), entonces ministro de Justicia y Negocios Interiores del gobierno de Rodrigues Alves, promulgaba la *Lei de Alienados*, de 1903 (Decreto Nº 1132, de 22/12/1903) y nombraba al médico bahiano Juliano Moreira en la dirección del referido hospital. Su tarea consistió en organizar y modernizar la institución, lo que hizo siguiendo los fundamentos de la medicina experimental y de la psiquiatría organicista alemana. Como difusor de la "*benéfica influencia ejercida por las 20 clínicas alemanas sobre el estudio de las enfermedades mentales*" (15), Juliano puso en marcha "*nuevas secciones y pabellones especializados, además de la instalación de un laboratorio anatomopatológico*", un dispensario, ambulatorios y un laboratorio experimental. Eliminó las rejas de las ventanas y sustituyó las camisas de fuerza por la clinoterapia y la balneoterapia en el tratamiento de los enfermos mentales (16).

Tales cambios también formaban parte de los esfuerzos observados en el área de la salud pública; se integraban en el proceso de saneamiento y urbanización de la ciudad de Río de Janeiro durante el mandato del alcalde Francisco Pereira Passos (1902-1906), y con las medidas de higiene y salud pública empleadas bajo la gestión de Oswaldo Cruz, entonces Director General de Salud Pública de la Capital Federal (17). Juliano Moreira actuaría también en la defensa del uso de un lenguaje y unos métodos especializados, participando en congresos

internacionales, creando nuevas publicaciones periódicas y sociedades científicas -como la Sociedad Brasileña de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal- e incorporando la psiquiatría a un movimiento en pro del "progreso" de las ciencias en nuestro país (16, 18).

Moreira retoma la historia de la psiquiatría precisamente en un artículo de 1905, titulado "*Notícia sobre a evolução da Assistência a Alienados no Brasil*", que fue publicado en uno de los números iniciales de los *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins* (11). Este texto se reedita en 1955, junto al de Brandão de 1886, en la misma edición conmemorativa de la referida publicación. Moreira se fundamenta en los marcos temporales ya utilizados por Teixeira Brandão, que se retrotraen a los comienzos de la historia del país desde el período colonial, destacando la creación y las distintas propuestas para el *Hospício de Pedro II* en las iniciativas imperiales y republicanas. Presenta también un balance de lo que se había realizado hasta entonces, además de hacer una prospección de las necesidades asistenciales en el área psiquiátrica para que el hospital pasara a funcionar en su máximo rendimiento científico.

Otra contribución fue la de Francisco Franco da Rocha (1864-1933), director del *Hospício São Paulo* (luego *Hospício de Juquery*) desde 1898, y considerado "precursor" de la psiquiatría científica paulista (10). En los trabajos de Franco da Rocha se observa el mismo empeño de los autores anteriores en recontar el pasado para potenciar el presente, y en proponer su proyecto de asistencia para la plena realización de la ciencia psiquiátrica. En Rocha, sin embargo, se advierte el enfrentamiento con la organización de la asistencia a alienados en las distintas regiones del país representada por el gobierno central, y la defensa de sistemas institucionales "más modernos" para São Paulo (19).

A lo largo de los 25 años en que estuvo en la dirección del Juquery, Franco da Rocha inauguró otras cinco colonias autónomas, un pabellón para niños y adolescentes y un laboratorio de anatomía. Aunque las importantes modernizaciones en el modelo asilar se parecieran a las de la capital, sus referentes teóricos se apoyaban sobre todo en el alienismo francés (20). El artículo de 1912 corona sus esfuerzos y presenta como lema la evolución completa del proceso transformador de la asistencia paulista basada en la ciencia psiquiátrica de fundamento francés.

La idea de desarrollo ininterrumpido y progresivo frente a la psiquiatría ejercida en el pasado puede encontrarse también en la historia contada por las generaciones de psiquiatras posteriores a aquella y que, en sus estudios, se presentan como sus afiliados. José Leme Lopes (1904-1990) es un ejemplo de ese grupo. Catedrático de Medicina de la *Universidade Federal do Rio de Janeiro* (UFRJ) y director del *Instituto de Psiquiatria* de dicha universidad (IPUB/UFRJ), entre 1958 a 1966 y de 1970 a 1974, publicó su historia en *A Psiquiatria e o velho hospício: quatro séculos de cultura* (1966), subrayando la continuidad de la psiquiatría de su tiempo a través de las propuestas de Juliano Moreira, que había dirigido el *Hospício Nacional* hasta 1930. Los análisis más recientes, por el contrario, hacen hincapié en las discontinuidades entre las dos instituciones (2, 21).

Darcy de Mendonça Uchôa es otro profesional que adopta una perspectiva progresiva y lineal de la historia

de ese campo científico y asistencial. En *Organização da psiquiatria no Brasil*, sitúa el origen de la ciencia médica psiquiátrica nuevamente en la inauguración del *Hospício de Pedro II*, y afirma que su progreso se debió a la creación de la especialidad de Psiquiatría en la *Faculdade de Medicina* y al acceso de Teixeira Brandão a su dirección. En cambio, para los demás autores, la cumbre del progreso científico se habría alcanzado bajo la dirección de Juliano Moreira, a partir de 1903. De esta forma, una vez más se presenta a Moreira como el gran pilar de la psiquiatría científica brasileña, si bien se citen también otros nombres, como los de Júlio Afrânio Peixoto (1876-1947), Raimundo Nina Rodrigues (1862-1906), Ulysses Pernambucano (1892-1943) (22) y el propio Uchôa. También se enumeran las instituciones para alienados en Brasil, con mención especial al *Hospício Nacional* y al *Hospital de Juquery*.

Al igual que Uchôa, profesor y director del Instituto de Psicología de la *Universidade Federal de Rio de Janeiro*, Elso Ruda (1916-1995) trata en su libro *Resumo histórico da psiquiatria brasileira* ([1987] 1995) acerca de la experiencia asistencial en algunos estados brasileños desde el siglo XIX hasta los años 1990. La trayectoria histórica que reconstruye tiene como eje central la incorporación de Juliano Moreira a la dirección general de la Asistencia a los Alienados en 1911, considerándola como más relevante que el propio “advenimiento de la República” para el desarrollo psiquiátrico nacional (23). Ruda también observa el desarrollo de la psiquiatría desde un paradigma evolucionista y lineal, en el que se sitúan los obstáculos al pleno ejercicio de ese saber en elementos ideológicos externos al mundo de la ciencia y de la técnica, los cuales habrían retrasado, aunque no impedido, el curso natural de la evolución de la psiquiatría.

En esta misma perspectiva continuista, Walmor Piccinini (24) retoma la historia de la psiquiatría en Brasil, en *Casa de saúde Dr. Eiras: crônica de seu desaparecimento*, con la pretensión de valorar el papel de esa institución privada en el contexto de la asistencia psiquiátrica. Al asumir los marcos temporales y geográficos presentes en el texto de Teixeira Brandão de 1886, el autor destaca esa clínica privada como parte de la organización de la Asistencia a los Alienados desde el siglo XIX. Destaca también la fuerte presencia de médicos del *Hospício Nacional* que habrían ocupado, incluso, cargos de dirección. De esa manera, presenta la Casa Dr. Eiras como un *locus* de formación de muchos psiquiatras de la capital, incluyendo en ella al propio autor, y considera que la decadencia de esta institución se debía a los cambios más globales en las políticas de salud mental del período de la dictadura militar. Piccinini habla del aumento abusivo de plazas, de su comercialización por medio de los convenios y de sus consecuencias funestas (25, 26, 27), con el objeto de desacreditar la Casa de Salud Dr. Eiras como institución con una activa participación en la producción del cuadro asistencial, ya que, de acuerdo con el autor, la responsabilidad de dicho cuadro sería de las políticas más amplias de salud durante el período.

En esas narrativas, por tanto, se construye la imagen de una psiquiatría científica con mitos eternizados, y

las nuevas personalidades e instituciones se incorporan formando parte de un linaje de filiación respecto a los mitos de origen. Tal perspectiva historiográfica se encontraba en sintonía con la historia de las ciencias que se elaboraba en aquel período, y que había tenido igualmente bases positivistas. En la mayoría de los casos, el énfasis analítico en ese campo se encontraba en la teoría de la modernización, así como en un modelo difusionista y eurocéntrico de ciencia, además de obedecer a una creencia evolucionista que producía grandes héroes de la ciencia en el país. Según Silvia Figueirôa, “al final de los años 1970, a pesar de suponer innegables avances para el campo de la historia de las ciencias en Brasil” los “estudios mantuvieron las líneas generales del enfoque descrito” (28), citando ejemplos de tipo de aquel quehacer histórico (29-32). No obstante, como veremos a continuación, la perspectiva historiográfica positivista entró en disputa con otras interpretaciones históricas, si bien siga presente hasta los días actuales.

Críticas a la visión continuista

A pesar de la hegemonía de las historiografías tradicionales en Brasil hasta finales de los años 1970, distintas problemáticas emergieron a lo largo de esos años en el campo de la historia, provocadas por las nuevas aportaciones teóricas surgidas en el panorama internacional en un contexto de aumento de las tensiones sociales a consecuencia de la crisis económica y del creciente desempleo en Brasil, así como por los movimientos en pro de la extensión de los derechos civiles y de una mayor inclusión social al final de la dictadura militar, iniciada en 1964.

En esa nueva historiografía se destaca la influencia de la primera generación del movimiento de los *Annales* y del marxismo, que orientaron numerosos trabajos en los campos de las ciencias humanas y sociales durante aquellos años (33). A la vez que se producía este apoyo teórico, las continuidades y efemérides se dejaron de lado. El combate a la historia triunfalista y progresiva se hizo por medio de la crítica a la verdad única y de la afirmación de que la historia resulta de la acción de los sujetos. En este proceso, se ponía en jaque también la veracidad de los hechos documentales que, al igual que la idea de la prueba, empezaba a verse como levantada ideológicamente para el beneficio económico de clases sociales específicas (34). La lectura crítica dio visibilidad a los mecanismos estratégicos desarrollados por los aparatos represivos, agentes del control social; y a los mecanismos ideológicos, inductores de comportamientos alienados. Esa perspectiva utilizaba la historia como instrumento para liberar a las ciencias y al propio pasado de los engaños y los discursos ideológicos, con el fin de propiciar una toma de conciencia plena de lo real (35).

Esas cuestiones también tuvieron reflejos en la historiografía de la psiquiatría en Brasil, que comenzó a manejar las aportaciones teóricas citadas, aunque, desde el punto de vista metodológico obedecieran mayoritariamente a la linealidad y a los marcos temporales de las historias tradicionales. Así, a partir de la segunda mitad de la década de 1970, en el contexto de la crítica

a las instituciones psiquiátricas asilares², algunos trabajos empezaron a llamar la atención sobre los obstáculos socio-históricos existentes para el progreso de la ciencia psiquiátrica, pasando a considerarla como atravesada por intereses económicos y por políticas públicas concretas, que impedían tanto el desarrollo lineal de la ciencia como su estatuto universal y neutral. El énfasis dado a la oposición entre ciencia pura e ideologías -que la desviaban del progreso- hizo que esos relatos se dirigieran especialmente hacia la denuncia del pasado y los cambios en la asistencia, *locus* de la ideología. Es el caso de trabajos de autores que se oponían a la política de la asistencia psiquiátrica vigente en el período dictatorial, a la que consideraban de base mercantilista e individualista.

Algunos de ellos surgieron en el ámbito universitario, específicamente en tesis realizadas en el *Instituto de Psiquiatría de la Universidade Federal de Río de Janeiro* (IPUB/UFRJ) y fueron tributarios de las obras y denuncias iniciales hechas por el psiquiatra Luiz Cerqueira (1911-1984) que, desde los años 1960, trabajaba en el campo de la psiquiatría social (26, 36).

Uno de los primeros trabajos académicos en el país desarrollado con ese enfoque analítico es la tesina de máster de Tácito Medeiros, *Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil*, defendida en el IPUB/UFRJ, en 1977 (37). Aunque utilizara la misma metodología lineal, descriptiva y cronológica que caracteriza las historias elaboradas por los pioneros, el objetivo de Medeiros difería de la mayor parte de esos relatos históricos: el autor quiso mostrar los obstáculos existentes a lo largo de toda la historia de la asistencia psiquiátrica en el país, para luego defender la necesidad de reformas estructurales en el campo. Otra tesina del IPUB/UFRJ que destaca la necesidad de reformas es la de Magda Vaissman, defendida en 1983 con el título de *Assistência psiquiátrica e Previdência Social: análise da política de saúde mental nos anos 70*. En ella, la autora describe la decadencia de la asistencia de la salud mental y el estado de carencia de los hospitales dedicados a los estratos más pobres de la población, interpretándolos como el resultado de las políticas públicas del gobierno central, que había transformado el campo de la salud en general, y el de la salud mental en particular, en un negocio rentable, dando lugar así a lo que se conoció como "industria de la locura" (38).

Esta misma línea de reflexión es la de Heitor Resende, personalidad del movimiento por la reforma psiquiátrica, quien en su artículo *Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica* denuncia la contradicción entre la vocación terapéutica de la psiquiatría, que buscaba la recuperación de la fuerza de trabajo, y la producción constante de mecanismos de exclusión. Bajo su punto de vista, esta contradicción acababa por reproducir, en el terreno de la asistencia, el sistema económico capitalista al que estaba ligada (39).

En ese período, y a partir de preocupaciones semejantes, otro enfoque analítico empezó a aplicarse en los análisis

históricos sobre el campo psiquiátrico. Una de las primeras publicaciones bajo esa perspectiva es *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico* ([1976] 2007) de Jurandir Freire Costa, obra escrita con el apoyo teórico-metodológico de la etnopsiquiatría de George Devereux (1908-1995), que proponía el análisis de los sistemas psiquiátricos basándose tanto en las teorías psicológicas como en las sociológicas. Su trabajo tenía como objeto demostrar la continuidad del modelo preventivista de los años de 1970, con los principios eugenésicos de los años de 1920-1930, a pesar de que la eugenesia se hubiera quedado supuestamente desfasada después de la II Guerra Mundial. En resumen, el objetivo de Costa fue utilizar la historia como instrumento capaz de demostrar que los cambios en curso, en el tratamiento psiquiátrico de su época, corrían el riesgo de considerar propuestas provenientes de "mala ciencia" o dominadas por la ideología eugenésica (40) como "novedades". Además de la innovación teórica, el trabajo de Costa tuvo el mérito de presentar nuevas fuentes para la investigación empírica: una publicación periódica especializada de la época, los *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, órgano de divulgación de la Liga Brasileña de Higiene Mental. Sin embargo, su obra mantuvo la concepción de ciencia pura, universal y neutral.

A pesar de la importancia del trabajo de Costa, manifiesta en sus varias reediciones, la obra de Devereux no alcanzó muchos seguidores en el país. Aun así, la búsqueda de nuevos caminos analíticos siguió dando frutos en Brasil en el campo de la historia de la locura, especialmente a raíz de las contribuciones de Michel Foucault (1926-1984). Al lado de historiadores y de filósofos, los psiquiatras, que desde finales de los años 1970 en adelante militaban a favor de la transformación de la asistencia psiquiátrica en Brasil³, volvieron su atención hacia la historia de la locura adoptando una concepción más amplia que la de *enfermeza* mental, y abriendo paso a averiguaciones acerca de las prácticas, así como de la producción de los cuerpos y de la subjetividad (41). Tal estrategia de lectura provenía de la comprensión de que el poder sería una práctica social constituida históricamente, ejercida "al nivel del propio cuerpo social, y no sobre él, por el Estado o por las élites, la cual condicionaba la vida cotidiana" (42). Como veremos, la apropiación de Foucault por historiadores de la psiquiatría en Brasil no fue homogénea, y muchas veces venía articulada dentro del marxismo y de la historia social, conforme ya han destacado algunos autores (43).

El primer ejemplo de esa perspectiva sería el libro de Roberto Machado, Ângela Loureiro, Rogério Luz y Kátia Muricy, de 1978. *Danação da Norma: Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil* fue publicado por el grupo editorial Biblioteca de Estudios Humanos, en una serie llamada *Saber y Sociedad*, que presentó los primeros trabajos de Foucault traducidos en el país, junto con los de otros intelectuales ligados a su referencial teórico-metodológico. La serie presentó trabajos en los campos de la filosofía, la psicología, el psicoanálisis, así como de la

² En cuanto a la asistencia psiquiátrica en Brasil, las críticas al modelo hospitalocéntrico, mayoritariamente privado, fueron iniciadas por el psiquiatra Luiz Cerqueira ya en el período de la dictadura militar tras el golpe de 1964. Como veremos, sus trabajos dieron lugar a un movimiento social importante en el área psiquiátrica, en el contexto de redemocratización del país, que se inició con el Movimiento de Trabajadores de la Salud Mental, además de las tesis académicas de algunos de sus integrantes. Inspirado mayoritariamente en el movimiento de la Psiquiatría Democrática italiana, liderada por Franco Basaglia, este movimiento se hizo más complejo y pasó a denominarse "reforma psiquiátrica brasileña".

³ Ver Nota nº 2.

salud colectiva y la medicina social (7). El libro se redactó ex profeso con vistas al enfrentamiento de “*historias exaltadas de la medicina, dispuestas a celebrar el presente*”, que buscaban “*continuidades, filiaciones y parentescos de un proyecto homogéneo, habitado por gérmenes de una verdad que poco a poco se impone al tiempo*” (44). En él, los autores bosquejaron el proceso de medicalización y disciplinización de la sociedad brasileña en el período imperial, describiendo por primera vez en Brasil las campañas lanzadas por médicos en la prensa de la época, en defensa de la retirada de los locos de las calles y de la creación de un asilo especializado. En el marco del enfoque foucaultiano de *Arqueología del Saber*, los autores también observaban este proceso de medicalización como principio para el surgimiento de los manicomios en Brasil.

En el afán de demostrar y ejemplificar sus análisis, los autores trabajaban con nuevos documentos -las tesis de la *Faculdade de Medicina de Río de Janeiro*- pues creían que estos materiales permitían un mayor acercamiento a la realidad cotidiana, frente a las fuentes utilizadas por los textos históricos “pioneros”. Sin embargo, como ya ha apuntado la revisión crítica de su trabajo, las tesis médicas no tenían realmente la representatividad necesaria en las prácticas sociales y “*no pasaba[n] de un proyecto defendido por algunos segmentos de la corporación médica*” (45). Aunque constituyeran críticas relevantes, la búsqueda de nuevas fuentes e incluso el estudio de los distintos archivos históricos fueron los responsables de un gran cambio en el modo de construir la historia de la psiquiatría en Brasil. En cuanto a la cuestión del poder, ese trabajo a veces cayó en interpretaciones dialécticas sobre el proceso de *dulcificación de los cuerpos*, en consonancia con el surgimiento del capitalismo, en las que se destacaba el impacto de ideologías dominantes sobre los grupos dominados y se presentaba a los médicos como personajes fuertemente vinculados a los aparatos represivos e ideológicos del Estado, una lectura que estuvo vigente por mucho tiempo en el país.

Aunque haya sido el único libro de Roberto Machado sobre la historia de la psiquiatría, en torno a su propuesta se desarrolló el primer grupo de investigaciones con la filosofía como punto de partida, el cual incidió particularmente en los procesos históricos de discontinuidad en el tiempo de la aparición del alienismo, tanto en el contexto nacional como internacional. Uno de esos trabajos, *A psiquiatría como discurso da moralidade*, de Joel Birman, también una referencia clásica hoy en día, se presentó como tesina de máster en 1976 y fue publicado en 1978. El autor defiende que el surgimiento del alienismo como campo de saber especializado en el contexto internacional del cambio del siglo XVIII al XIX, implicó en un nuevo orden de discursos acerca de la moralidad humana y social. Con objeto de demostrarla, Birman estudió las obras de los primeros alienistas franceses para buscar en sus discursos las relaciones de saber y poder que allí se instauraran. Ya Vera Maria Portocarrero se centró en el análisis de ese saber en Brasil. Su tesina de máster defendida en 1980 y publicada en 2002 investigó el papel de Juliano Moreira y la discontinuidad histórica de la psiquiatría (*Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatría*). Su trabajo tomó como fuentes

primarias principalmente los artículos científicos de médicos psiquiatras a partir de la segunda mitad del XIX, tratando de demostrar una ruptura entre los discursos y prácticas alienistas del siglo XIX y la constitución de una psiquiatría “científica”, generada bajo la dirección de Juliano Moreira en el *Hospício Nacional* a partir del inicio del siglo XX.

Esa tradición se ha seguido en las siguientes décadas, tanto por los estudios posteriores de los primeros investigadores (46, 47), como por investigaciones desarrolladas en el ámbito de los posgrados bajo la influencia de este primer grupo foucaultiano. Un ejemplo de ello es la tesina de máster de Paulo Duarte de Carvalho Amarante, dirigida por Joel Birman y defendida en 1982 en el Instituto de Medicina Social de la *Universidade do Estado do Rio de Janeiro* (IMS/UERJ) (48), titulada *Psiquiatria Social e Colônias de Alienados no Brasil (1830-1920)*. La tesina fue redactada en el transcurso de su militancia en el Movimiento de los Trabajadores de la Salud Mental, organizado en 1978 bajo el lema “*por una sociedade sem manicômios*”⁴. En aquel entonces, el autor justificaba su investigación por el hecho de que “*el pasado de la psiquiatría es especialmente importante para aclarar mucho de lo que se piensa y se hace en el presente*” (49). Partiendo de la arqueología foucaultiana, el autor se alejaba de la estrecha articulación entre las prácticas económicas y la psiquiatría, haciendo hincapié en el proyecto de normalización en nombre del “bienestar social”. El trabajo demuestra su filiación teórica con trabajos anteriores (44, 50), que también señalaban como hito inicial los primeros signos de la patologización de la locura en 1830 (44), y escoge como hito final el año de 1920, tomando en consideración la investigación realizada por Jurandir Freire Costa sobre la higiene mental en la década de 20. Además de visitar fuentes ya investigadas, Amarante innova al utilizar como documento histórico los artículos de los *Arquivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria* en sus diferentes ediciones.

Esta línea de trabajo inaugurada por Machado también llamó la atención de los historiadores, que acercaron el discurso foucaultiano a la historia social de influencia marxista (51, 52), permitiendo nuevas lecturas sobre la acción de los agentes sociales en los procesos históricos, en las que se subrayaban las actividades humanas, la subjetividad y el imaginario. La articulación entre estos dos referenciales teóricos está presente, por ejemplo, en *O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo* (1986), de Maria Clementina Pereira de la Cunha. La historiadora investigó el primer espacio asilar paulista, el *Hospício do Juquery*, creado por el médico recién licenciado Franco da Rocha a finales del siglo XIX y, a partir de él, estudió el proceso de institucionalización de la locura en São Paulo, relacionándolo con la disciplinización promovida por el Estado. La obra es innovadora cuando trata el perfil del enfermo mental como aquel que, proveniente de clases trabajadoras, había resistido al proceso de disciplinización, por lo que era considerado una amenaza al orden social y debía ser transformado con el fin de ser reinsertado en la sociedad y en los medios de producción. Se destaca por la primera vez el uso de documentos clínicos para el análisis del día a

⁴ Ver Nota nº 2 en la página 181.

día del asilo. Su trabajo combinó el microanálisis con las interpretaciones generales acerca de la sociedad y de la política, al mismo tiempo que proponía interpretaciones específicas sobre el poder disciplinar (53).

En el mismo período se observa en el área de la antropología el interés por la historia de la locura y de la psiquiatría, lo que se hace presente en la segunda mitad del XX a través de los estudios antropológicos urbanos -en aquel momento emergentes en el contexto brasileño-, principalmente en torno a dos temas: locura y sexualidad desviante (54). En aquellos años de la década de 1980, el interés por estos “otros” de nuestra propia sociedad adquiere una perspectiva especialmente histórica. En ese ámbito destacan tanto los trabajos de Peter Fry -que por medio de estudios de caso pretendía comprender, históricamente, las relaciones entre locura, homosexualidad y crimen en Brasil (55)-, como el estudio de Luiz Fernando Dias Duarte sobre la constitución histórica de las perturbaciones físico-morales (56) en la sociedad occidental moderna, en el que se incluían los saberes médico-psicológicos y psiquiátricos (57). Su trabajo pone de relieve la especificidad de la sociedad occidental moderna y del proceso civilizatorio en el que los campos médico-psicológicos y psiquiátricos son al mismo tiempo producto y productores, y tiene como base las contribuciones de diferentes autores (58). La historia aparece como elemento determinante, que constituye a las propias sociedades y configura los valores que estas sociedades expresan.

Las contribuciones de Foucault se articulan, por lo tanto, dentro de esa clave de lectura que se dirigía a la comprensión de la sociedad moderna y al modo en que, históricamente, esta sociedad desarrolló un nuevo saber sobre la locura y la sexualidad, anclado en la construcción de una *verdad* sobre tales temas. Las referencias teóricas a todos esos autores posibilitaban la caracterización de la totalidad sociocultural designada como “*sociedad occidental moderna*”, en conexión con “*una creciente interiorización y racionalización, una universalización de los saberes y una fragmentación/especialización de los dominios, en los que se destaca el ámbito de la ciencia. La psiquiatría solo puede ser considerada y analizada en relación con el mundo occidental moderno. Bajo este punto de vista antropológico, ya no se percibía como esencial la tarea primera de denunciar o realizar cambios en el mundo social, sino la de entender qué mundo era ése y cómo se daba en él la producción de la alteridad*” (59).

¿Una “historia en migajas” sobre la psiquiatría en Brasil?

La orientación analítica de esta “antropología histórica” (60) sobre el tema de la locura y de la psiquiatría en Brasil se diseminó gradualmente en otras instituciones. En el campo de la psicología social, ese interés se desdobló, por ejemplo, en la creación del *Programa de Estudos e Investigações em História da Psicologia - Clio-Psiché* (Departamento de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro) en 1998. Des-

de entonces, el grupo ha venido desarrollando sobre todo investigaciones en historia de la psicología en Brasil y su relación con la historia de la psiquiatría, con importantes contribuciones en esa área de estudios⁵ (61). Por otra parte, la investigación sobre la historia de los saberes psicológicos, procedente de la antropología, también se difundió por los especialistas con máster y doctores formados por el Museo Nacional, algunos adscritos a otros centros de enseñanza e investigación de Río de Janeiro, como el *Instituto de Medicina Social de la UERJ* (IMS/UERJ) y el *Instituto de Psiquiatría de UFRJ* (IPUB/UFRJ) (62-65). A estos trabajos se suman los realizados por Benilton Bezerra Júnior, máster por el IMS/UERJ y doctorando bajo la dirección de Jurandir Freire Costa. Sus estudios se centran en los procesos históricos y contemporáneos ligados a la biopolítica y a la psiquiatrización de la sociedad, con especial atención al análisis de la reforma psiquiátrica, como demuestra el libro de referencia organizado juntamente con Amarante y publicado en 1992, bajo el título de *Psiquiatría sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*.

La continuidad de las investigaciones sobre la locura y la psiquiatría en el IMS/UERJ y en el IPUB/UFRJ tuvo lugar por medio de tesinas de máster y tesis de doctorado. Aunque la mayor parte de estos trabajos esté centrada en la psiquiatría contemporánea, verificamos, al menos, enfoques en cuatro temas históricos: a) la psiquiatría brasileña a finales del siglo XIX e inicios del siglo XX, del que podemos citar cuatro ejemplos (66-69); b) la diseminación de una psiquiatría biológica en ámbitos académicos y asistenciales, tanto nacionales como internacionales (70, 71, 72); c) estudios históricos sobre psicopatología y diagnósticos (73, 74, 75); y d) la reforma psiquiátrica brasileña. Éste último tema, en particular, se vio incrementado, a lo largo de las décadas de 1990 y 2000, por los trabajos de la *Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca* (Ensp/Fiocruz), en los que se abría el diálogo a la tradición de estudios en salud pública y salud colectiva desarrollados previamente en aquella institución (76-79).

No menos importante son las contribuciones procedentes de las facultades de Enfermería de la UFRJ y de la *Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro* (UniRio). Se trata de trabajos más recientes, centrados en la historia de la enfermería psiquiátrica. Siguiendo la tradición de esta área de la salud, de investigar sobre su propia historia, encontramos tesinas y tesis preocupadas tanto en discutir el proceso de institucionalización de la enfermería psiquiátrica profesional en Brasil -desde la creación de la *Escola Profissional de Enfermeros e Enfermeras em el Hospício Nacional de Alienados* (HNA), en 1890 (80)-, como en relacionar la trayectoria de la enfermería psiquiátrica en conexión con la reforma psiquiátrica brasileña.

A ese complejo cuadro de contribuciones provenientes de la antropología y del campo de la salud, se suman sin duda las investigaciones desarrolladas en el ámbito de la historia. En este campo se observan algunas vertientes, muchas veces relacionadas entre sí. La primera busca entender cómo la historia de la psiquiatría fue ela-

⁵ El Clio-Psiché se creó a partir del ingreso de la profesora Dra. Ana Maria Jacó-Vilela del Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IP/UERJ) en el Proyecto Integrado A Institucionalização dos Saberes Psicológicos no Brasil (Rio de Janeiro): uma contribuição à construção da Pessoa moderna, con el apoyo del CNPq, iniciado en 1995 bajo la coordinación del antropólogo Luiz Fernando Duarte, del Museo Nacional (PPGAS/UFRJ). Además del IP/UERJ y del PPGAS/UFRJ, formaron parte del proyecto investigadores del Instituto de Medicina Social, del Instituto de Psiquiatría da UFRJ y de la Universidade Estadual de São Paulo-Araraquara.

borada por personas corrientes (en la perspectiva de una "historia desde abajo"), con el trabajo de la historiadora Clementina Cunha sobre el Hospital de Juquery como punto de partida. Una referencia es la tesis de doctorado dirigida por ella: *Os delírios da razão: médicos, loucos e hospício no Rio de Janeiro (1830-1930)* -defendida en 1995 por Magali Gouveia Engel y publicada en libro en 2001. A partir de una mirada sobre los personajes excéntricos que vivían por las calles, la autora analiza el momento en el que los médicos exigen ser los responsables del saber acerca de la locura y de su tratamiento; proceso que se sitúa en las primeras décadas del siglo XIX y se extiende hasta 1930, cuando la psiquiatría local utilizaba la teoría eugenésica por vía de la higiene mental.

Engel adopta el referencial teórico-metodológico foucaultiano de la discontinuidad histórica, y señala una época en la que el proceso de medicalización no se había iniciado en la sociedad, y otra de consolidación del discurso médico. Para comprobar su hipótesis utiliza publicaciones periódicas, tesis de las facultades de Medicina de Salvador y de Río de Janeiro, legislación y casos clínicos, ya citados en investigaciones anteriores, además de obras literarias. Esa tradición de la historia social se desdobló en nuevas tesinas y tesis sobre el tema (81-84).

De acuerdo con las investigaciones históricas, se observa un debate sobre las fuentes primarias y las posibilidades heurísticas de aprehender el 'otro', inmerso en un caldo de cultivo inseparable de determinado tiempo histórico, a través de documentos e imágenes. Con las contribuciones del campo de la historia cultural para el estudio de la locura y de la psiquiatría, desarrolladas principalmente a partir de la década de 2000, surgen trabajos que ofrecen el recurso de la experiencia del enfermo, a través de sus propios testimonios, junto con documentos médicos o institucionales representativos de las relaciones entre diferentes actores sociales y/o narrativas sobre la enfermedad mental (85-88).

Un segundo enfoque proviene de estudios en historia de las ciencias sobre la locura y de conocimientos médico-psicológicos. Las luchas y los movimientos sociales que surgen en Brasil en la década de 1980 también impactaron en el campo específico de la historia de las ciencias, y de allí emergen nuevas perspectivas analíticas sobre el proceso de institucionalización de las ciencias en este país (28, 89, 90), lo que inspira una ampliación gradual de los horizontes de investigación sobre la propia historia de la psiquiatría. En esa vertiente, las categorías y teorías diagnósticas, las trayectorias de personalidades médicas y de las instituciones psiquiátricas se revisitan bajo un enfoque distinto al de la tutela de una narrativa lineal e inequívoca en lo que se refiere a los rumbos de la historia. Muchos trabajos, por ejemplo, prestan atención a las instituciones psiquiátricas, analizándolas como espacios en donde convergen múltiples intereses, tanto en lo que se refiere a la ciencia como a la asistencia médica especializada (91-98).

Además, a diferencia del conjunto de trabajos producidos hasta los años 1990, que abordaban principalmente el modo en que la especialidad psiquiátrica se organizó en las ciudades de Río de Janeiro y São Paulo, las investigaciones más recientes se volvieron también hacia cómo la psiquiatría se desarrolló en otros estados brasileños, como por ejemplo, Río Grande do Sul (91, 99), Paraná (100), Mato

Grosso (101), Ceará (102), Minas Gerais (94, 103-105) y Maranhão (105). Estos trabajos provenientes de la historia abarcan también nuevos marcos temporales, como el siglo XVIII e inicio del siglo XIX, antes de la creación del *Hospício de Pedro II* (105, 106, 107), y las décadas inmediatamente posteriores a los años de 1930 (93, 100, 108).

Las biografías de personalidades médicas, a su vez, pasaron a considerarse en relación con determinados grupos generacionales y de intelectuales, partícipes de redes sociales, políticas y científicas nacionales, internacionales y transnacionales (116, 109-112). Otro aspecto que se destaca son los vínculos entre proyectos científicos e intelectuales y proyectos de nación (17, 69, 113-117). Sobresale, aún, el reciente incremento de investigaciones que aportan debates sobre la construcción científica de diagnósticos y nosografías, y su relación con la dimensión socio-cultural (118-122).

Consideraciones Finales

A lo largo de este balance historiográfico, constatamos que la historia de la psiquiatría y de sus instituciones, a partir de la década de 1970, se fue volviendo cada vez más plural. Si comparamos el momento del cambio del siglo XX al XXI con los análisis históricos desplegados a lo largo del siglo XX, se verá que esa pluralidad se había hecho más consistente -caracterizada por una mayor pulverización temática, una diversidad de proyectos intelectuales y de enfoques interpretativos-, dándonos así la impresión de lo que François Dosse denominó "*historia en migajas*" (Dosse [1995] 2001).

De este modo, encontramos un conjunto de contribuciones marcado por una perspectiva de la ciencia psiquiátrica ligada a la cultura y con un concepto de historia que es, ante todo, social (7), y que descarta la visión progresista y exaltada de ciencia. En función de esta nueva línea teórica, los objetos se multiplican, y no se limitan sólo a las instituciones y sus prácticas; las biografías de sus médicos y las políticas públicas psiquiátricas se reexaminan bajo prismas analíticos distintos a los de los estudios pioneros. El nuevo enfoque también analiza la participación de otros profesionales del campo de la salud, los pacientes, actores anónimos de esa historia, su cotidiano y sus diagnósticos, que ahora se entienden en las dimensiones sociocultural y científica al mismo tiempo. La historia de la psiquiatría adquiere interpretaciones que la relacionan con contextos más amplios, suministrando aportaciones teóricas los debates sobre el proceso civilizatorio en el país, la construcción de la identidad nacional y el papel de la ciencia psiquiátrica en esos procesos. Bajo el punto de vista temporal, también se observa una ampliación significativa de los marcos y épocas escogidos, y surgen, como hemos visto, trabajos que contemplan nuevos períodos históricos, aunque los períodos del Segundo Imperio y de la Primera República no dejan de ser revisitados.

Desde el punto de vista geográfico, verificamos una preponderancia de escritos sobre la historia de la psiquiatría, principalmente hasta los años 1990, en Río de Janeiro y en São Paulo. Esta preferencia puede atribuirse a varias razones no excluyentes entre sí. La primera de ellas es el hecho de que Río de Janeiro fuera el centro político y cultural del país desde el Imperio hasta la década de 1960 y, por tanto, principal localización para la creación y desarrollo de dife-

rentes tipos de instituciones, incluso las psiquiátricas, constituyéndose en caja de resonancia o modelo para varios estados de la federación. Otro factor es el hecho de que São Paulo compitiera con Río de Janeiro por la centralidad, buscando autonomía política frente al Gobierno Federal desde la primera República, y, en consecuencia, invirtiendo en políticas públicas locales en el área de salud, por ejemplo. En este sentido, muchas de las fuentes documentales relativas a la historia de la psiquiatría y de sus instituciones fueron producidas y preservadas por instituciones -federales y estatales- presentes en ambos estados: asilos, hospitales, universidades, órganos de gestión y administración gubernamental, etc. A todo ello se suma el hecho de que el mayor número de licenciaturas en Historia se encuentra, primero, en Río de Janeiro y São Paulo, donde se ha

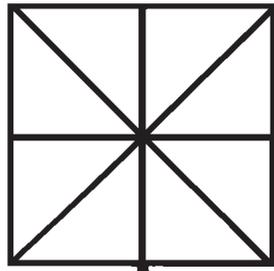
incentivado más la producción de trabajos sobre el tema en cuestión a lo largo del tiempo que en otros estados. Por último, pero no menos importante, cabe destacar que las transformaciones relativas a la política pública en el área psiquiátrica brasileña desde finales de los años de 1970 -conocidas como "reforma psiquiátrica"- fueron capitaneadas por actores sociales procedentes en su mayoría de Río de Janeiro y de São Paulo, que aportaron mucho a la realización de estudios históricos sobre la psiquiatría en esos estados. No obstante, especialmente desde el siglo XXI, se ha verificado una expansión considerable de los esfuerzos hacia la construcción de las historias locales de la psiquiatría, que confieren mayor complejidad al entendimiento de lo que, hasta entonces, había surgido como un proceso histórico único de una psiquiatría "en Brasil" ■

Referencias bibliográficas

- Castel R. A Ordem Psiquiátrica: a Idade de Ouro do Alienismo. Rio de Janeiro: Graal; 1978. p.101.
- Venancio ATA. Ciência psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 2003; 10 (3): 883-900.
- Huertas R. Historia de la Psiquiatría, ¿Por qué?, ¿Para qué? tradiciones historiográficas y nuevas tendencias. *Frenia* 2001; 1 (1): 9-36.
- Sacristan C. Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna. *Frenia* 2005; V (1): 9-33.
- Stagnaro JC. Evolución y situación actual de la historiografía de la psiquiatría en la Argentina. *Vertex* 2011; XXII (98): 281-95.
- Edler FC. A medicina brasileira no século XIX: um balanço historiográfico. *Asclepio* 1998; I (2): 186-96.
- Venancio ATA, Cassilia JAP. A doença mental como tema: uma análise dos estudos no Brasil. *Espaço Plural (Unioeste)* 2010; 22: 24-34.
- Moreira J. [1905]. Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil. *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria* 1955; 65-101.
- Rocha FF da. Hospício e Colônias do Juquery -Vinte anos de assistência aos alienados em São Paulo. São Paulo: s/e.; 1912.
- Pacheco e Silva AC. Assistência a Psicopatas no Brasil. in: RIBEIRO, Leonídio (org.) *Medicina no Brasil*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional; 1940: 209-216.
- Facchinetti, C; Cupello, P; Evangelista, DF. Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins: uma fonte com muita história. *História Ciências Saúde-Manguinhos* 2010; 17 (29): 527-35.
- Brandão JCT. Os Alienados no Brasil. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional; 1886. p. 68.
- Brandão JCT. Questões Relativas à Assistência Médico-Legal a Alienados. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional; 1897.
- Azevedo RCS. O desfalque, o inquerito e as comissões de inspeção: a assistência aos alienados no Brasil (1902-1927). Mestrado em História Social da Cultura: PUC-RJ, 2012; y Oliveira WV de. A Assistência a Alienados na Capital Federal da Primeira República: discursos e práticas entre rupturas e continuidades. Doutorado em História: Universidade Federal Fluminense; 2013.
- Moreira J. Quais os melhores meios de assistência aos alienados? *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal* 1910; 6 (3-49): 373-96.
- Facchinetti C, Munoz PFN. Emil Kraepelin na ciência psiquiátrica do Rio de Janeiro, 1903-1933. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 2013; 20 (1): 239-62.
- Venancio ATA, Carvalhal L, Juliano Moreira: a psiquiatria científica no processo civilizador brasileiro. En: Duarte LFD, Russo, JA, Venancio ATA, editores. *Psicologização no Brasil: atores e autores*. Rio de Janeiro: Contra Capa, p. 65-83.
- Venancio ATA. La asistencia psiquiátrica en la historia política brasileña. *Asclepio* 2012; LXIV (1).
- Rocha, FF da. Assistência Familiar aos Insanos em São Paulo. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1909 apud Cunha MC. *O espelho do mundo - Juquery, a história de um asilo*. São Paulo: Paz e Terra; 1986. p. 65.
- Forghieri YC. Resgatando a Memória dos Patronos Francisco Franco da Rocha - Cadeira nº 1. *Boletim Academia Paulista de Psicologia* [online], 2005; XXV.
- Muñoz PF, Facchinetti C, Dias AAT. Suspeitos em observação nas redes da psiquiatria: o Pavilhão de Observações (1894-1930). *Memorandum* (Belo Horizonte) (20): 83-104.
- Uchôa DM. Organização da Psiquiatria no Brasil. São Paulo: Sarvier, 1981. p. 69.
- Arruda E. [1987] Resumo histórico da psiquiatria brasileira. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; 1995. p. 34.
- Picnini W. Casa de Saúde Dr. Eiras: crônica de seu desaparecimento. *Psychiatry On-line Brazil* 2008; 13 (3).
- Cordeiro H. A indústria da saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Graal; 1980.
- Cerqueira, Luiz. *Psiquiatria Social: problemas brasileiros de saúde mental*. Rio de Janeiro: Atheneu; 1984.
- Menezes C. A Colônia Juliano Moreira: da ditadura ao processo de municipalização (1964-1996). Mestrado em História das Ciências da Saúde: Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz; 2012.
- Figueirôa SF. Mundialização da ciência e respostas locais: sobre a institucionalização das ciências naturais no Brasil. *Asclepio* 1998; 50 (2): 107-23.
- Stepan N. Gênese e evolução da ciência brasileira. Rio de Janeiro: Artenova; 1976.
- Sant'anna VM. Ciência e sociedade no Brasil. São Paulo: Símbolo; 1978.
- Schwartzman S. Formação da comunidade científica no Brasil. São Paulo: Nacional; 1979.
- Ferri MG, Motoyama S. História das ciências no Brasil. São Paulo: Edusp/CNPq; 1979-1981.
- Fico C, Polito R. A História no Brasil (1980-1989). Elementos para uma avaliação historiográfica. Ouro Preto: UFOP; 1992.
- Falcon FJC. Historiografia contemporânea: balanço e perspectivas

- tivas. *Revista de História da Faculdade de Letras* 1994; XI: 375.
35. Rodrigues HO. Foucault e a história: produzindo um campo de múltiplas possibilidades. *Diálogos & Ciência* 20112; 9 (26).
 36. Cerqueira L. Da praxiterapia à Comunidade Terapêutica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 1964; 13 (2): 161-204.
 37. Medeiros T de. Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil. Mestrado em Psiquiatria: Instituto de Psiquiatria/UFRJ; 1977.
 38. Vaissman M. Assistência psiquiátrica e previdência social: análise da política de saúde mental nos anos 70. Mestrado em Psiquiatria: Instituto de Psiquiatria/UFRJ; 1983.
 39. Resende H. [1987] Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. En: Tundis S, Costa NR, editores. *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes; 2000. p. 60.
 40. Costa JF. [1976]. História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. Rio de Janeiro: Garamond; 2007. p. 73, 28.
 41. Burlandy L, Bodstein RCA. Política e saúde coletiva: reflexão sobre produção científica (1976-1992), *Cadernos de Saúde Pública* 1998; 14 (3): 543-554.
 42. Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979. p. XII.
 43. Rago M. As marcas da pantera: Foucault para historiadores. *Resgate* 1993; 5: 121-43.
 44. Machado R, Loureiro A, Luz R, Muricy K. *Danação da norma. Medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1978. p. 19.
 45. Edler FC. A medicina brasileira no século XIX: um balanço historiográfico. *Asclepio* 1998; I (2): 196-86.
 46. Costa JF. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979.
 47. Portocarrero VM. *O Dispositivo da Saúde Mental: uma Metamorfose na Psiquiatria Brasileira*. Doutorado em Filosofia: IFCS/ UFRJ; 1990.
 48. Cordeiro H. O Instituto de medicina social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. *Physis* 2004; 14 (2): 343-62.
 49. Amarante PD. *Psiquiatria social e colônias de alienados no Brasil (1830-1920)*. Mestrado: Instituto de Medicina Social/UERJ; 1982. p. 7.
 50. Birman J. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1978.
 51. Thompson EP. *Tempo, disciplina de trabalho e o capitalismo industrial*. Costumes em comum. São Paulo: Cia das Letras; 1998.
 52. Castoriadis C. *A Instituição Imaginária da Sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1986.
 53. Rago M. As marcas da pantera: Foucault para historiadores. *Resgate* 1993; 5: 132-134.
 54. Carrara S. Entre cientistas e bruxos - ensaios sobre dilemas e perspectivas da análise antropológica da doença. En: Alves PC, Minayo MC, editores. *Saúde e Doença - um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1994. p. 35.
 55. Fry P. Febrônio Índio do Brasil: onde cruzam a psiquiatria, a profecia, a homossexualidade e a lei. En: Eulálio A, editor. *Caminhos Cruzados*. São Paulo: Brasiliense; 1983.
 56. Duarte LFD. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1986. p. 13.
 57. Carrara S. O aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: Eduerj; 1998.
 58. Elias N. *O Processo Civilizador: uma história dos costumes*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990. Simmel G. *On Individuality and Social Forms*. Chicago: The University of Chicago Press, 1971; Dumont L. *O Individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 1985; Mauss M. Uma categoria do espírito humano: a noção de Pessoa, a noção do 'eu', in: *Sociologia e Antropologia* vol. I, São Paulo: Edusp, 1974.
 59. Venancio ATA, Cassilia JAP. A doença mental como tema: uma análise dos estudos no Brasil. *Espaço Plural (Unioeste)* 2010; 22: 31.
 60. Carrara S. *Sexualidade e sexologia no Rio de Janeiro de Entre-guerras (notas preliminares de pesquisa)*. *Cadernos IPUB* 1997; 8: 113.
 61. Jacó-Vilela AM, Cerezzo AC, Rodrigues, HBC, organizadores. *Clio-Psyché ontem - fazeres e dizeres psi na história do Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará-UERJ; 2001.
 62. Lougon M. Os caminhos da mudança: alienados, alienistas e a desinstitucionalização da assistência psiquiátrica pública. Mestrado em Antropologia Social: Museu Nacional/UFRJ; 1987.
 63. Russo JA. Os três sujeitos da psiquiatria. *Cadernos IPUB (UFRJ)* 1997; 8: 12-23.
 64. Russo JA. Do desvio ao transtorno: a medicalização da sexualidade na nosografia psiquiátrica contemporânea. En: Pscitelli A, Gregori MF, Carrara S, editores. *Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras*. Rio de Janeiro: Garamond; 2004. p. 95-114.
 65. Venancio ATA. O eu dividido e a constituição do saber psiquiátrico. *Psicologia Clínica Pós-Graduação e Pesquisa* 1999; 11 (11): 77-106.
 66. Silva ASR da. *Cuidando do futuro do Brasil: infância, educação e higiene mental na obra de Arthur Ramos*. Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental: Instituto de Psiquiatria/UFRJ; 1998.
 67. Teixeira, MO. Deus e a ciência na terra do sol: o Hospício de Pedro II e o nascimento da Medicina Mental no Brasil. Doutorado em Psiquiatria e Saúde Mental: Instituto de Psiquiatria / UFRJ; 1999.
 68. Nunes SA. *Entre a cruz e a caldeirinha, com o diabo no corpo*. Doutorado em Saúde Coletiva: Instituto de Medicina Social/ UERJ; 1996.
 69. Fracchinetti C. *Deglutindo Freud: História da digestão do discurso psicanalítico no Brasil 1920-1940*. Doutorado em Teoria Psicanalítica: UFRJ; 2001.
 70. Serpa Jr. OD. *Mal-estar na natureza: um estudo crítico sobre o reducionismo e o determinismo biológico em psiquiatria*. Doutorado em Psiquiatria e Saúde Mental: Instituto de Psiquiatria/UFRJ; 1997.
 71. Henning MF. *A expansão do organicismo na psiquiatria e sua difusão no campo social: uma análise de suas relações com a concepção moderna de pessoa*. Mestrado em Saúde Coletiva: Instituto de Medicina Social/UERJ; 1998.
 72. Gianerinni G. *As múltiplas faces da medicalização: uma revisão histórica*. Mestrado em Saúde Coletiva: Instituto de Medicina Social/UERJ; 2013.
 73. Barros AEB. *A construção de uma patologia: um estudo histórico sobre os critérios diagnósticos do autismo*. Doutorado em Saúde Coletiva: Instituto de Medicina Social/UERJ; 2005.
 74. Zorzanelli RT. *Da neurastenia à síndrome da fadiga crônica: limites e controvérsias da objetividade científica*. Doutorado em Saúde Coletiva: Instituto de Medicina Social/UERJ; 2008.
 75. Vilarinho YC. *Narrativas médicas do medo: do coração ao cérebro*. Doutorado em Saúde Coletiva: Instituto de Medicina Social/UERJ; 2012.
 76. Souza WS. *Associações de usuários e familiares frente à implantação da política de saúde mental no Município do Rio de Janeiro (1991-1997)*. Mestrado em Saúde Pública: Ensp/Fiocruz; 1999.
 77. Paulin LF, Turato ER. *Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 70*. *História Ciências Saúde -Manguinhos* 2004; 11 (2): 241-58.
 78. Yasui S. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Doutorado em Saúde Pública: Ensp/Fiocruz; 2006.
 79. Guitton APAL. *Trajetórias do processo de desinstitucionalização psiquiátrica no estado do Rio de Janeiro: uma análise a partir de estratégias políticas para o hospital psiquiátrico*. Mestrado em Saúde Pública: Ensp/Fiocruz; 2010.
 80. Amorim WM, Barreira A. *As circunstâncias do processo de reconfiguração da escola profissional de assistência a psicopatas do Distrito Federal*. *Escola Anna Nery Rio de Janeiro* 2006; 10 (2).
 81. Reis JRF. *Higiene Mental e Eugenia: o projeto de "regeneração nacional" da Liga Brasileira de Higiene Mental (1920-40)*. Mestrado em História Social do Trabalho: IFCH/Unicamp; 1995.
 82. Maciel LR. *A Loucura Encarcerada: um estudo sobre a criação do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, 1896-1927*. Mestrado em História: UFF; 1999.
 83. Paula, RN. *Infelizes da Praia da Saudade: a psiquiatria no Rio de Janeiro da Primeira República*. Mestrado em História: UFF; 2006.
 84. Santos RA. *Pau que nasce torto, nunca se endireita! E quem é*

- bom, já nasce feito? Eugenia, Saneamento e Educação. Uma leitura do Eugenismo de Renato Kehl (1917-41). Doutorado em História: UFF; 2008.
85. Wadi YM. A história de Pierina - subjetividade, crime e loucura. Uberlândia: Edufu; 2009.
 86. Borges VT. Loucos (nem sempre) mansos da estância: controle e resistência no cotidiano do Centro Agrícola de Reabilitação (1972-1982). Mestrado em História: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.
 87. Santos NMW. Memórias de um velho hospício: práticas de exclusão X histórias de vidas, narrativas em conflito. En: Pesavento S, Gayol S, editores. Sociabilidades, justiça e violências: práticas e representações culturais no Cone Sul (séculos XIX e XX). Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2008. p. 225-54.
 88. Cerqueira RC. Lima Barreto e os caminhos da loucura. Alienação, alcoolismo e raça na virada do século XX. 2002. Mestrado em História Social da Cultura: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ); 2002.
 89. Figueirôa SE. Associativismo científico no Brasil: o Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro como espaço institucional para as ciências naturais durante o século XIX. *Interciência* 1992; 17 (3): 141-46.
 90. Lopes MM. O Brasil descobre a pesquisa científica: os museus e as ciências naturais no século XIX. São Paulo: Hucitec; 1997.
 91. Wadi YM. Palácio para guardar doidos. Uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Editora da Universidade - UFRGS; 2002.
 92. Oda AMGR, Dalgalarondo P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. *História Ciência, Saúde - Manguinhos Rio de Janeiro* 2005; 12 (3): 983-1010.
 93. Venancio ATA, Cassilia JAP. História de la asistencia psiquiátrica en Brasil: el caso de la Colonia Juliano Moreira. (1940-1954). *Vertex* 2001; XXII (98).
 94. Jabert A. De médicos e médiuns: medicina, espiritismo e loucura no Brasil na primeira metade do século XX. Doutorado em História das Ciências da Saúde: Casa de Oswaldo Cruz-COC/Fiocruz; 2008.
 95. Silva RP. Medicina, Psiquiatria e Educação para a Infância: o Pavilhão-Escola Bourneville no início do século XX. Mestrado em História das Ciências e da Saúde: COC/Fiocruz; 2008.
 96. Gonçalves MS. Mente sã, corpo são: disputas, debates e discursos médicos na busca pela cura das nevroses e da loucura na Corte Imperial (1850 - 1880). Doutorado em História das Ciências e da Saúde: COC/Fiocruz; 2011.
 97. Mota A, Marinho MG, organizadores. História da Psiquiatria: ciência, práticas e tecnologias de uma especialidade médica. São Paulo: Faculdade de Medicina-USP/UFABC/CDG: Casa Editorial; 2012.
 98. Ribeiro DC. Loucos, famílias e instituições psiquiátricas no Rio de Janeiro (o Hospício de Pedro II, 1883-1889). Mestrado em História das Ciências e da Saúde: Casa de Oswaldo Cruz /Fiocruz; 2012.
 99. Kummer LO. A Psiquiatria Forense no Rio Grande do Sul: Jacintho Godoy e a criação do Manicômio Judiciário. En: Serres JCP, Schwartzmann LB, editores. História da Medicina: instituições práticas de saúde no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2009. p. 201-218.
 100. Petrini AD. Interdito: jogos de loucura, saber e poder nos processos de interdição de Guarapuava (1940-1950). Mestrado em História: Universidade Estadual do Oeste do Paraná; 2013.
 101. Pinho RT. Cidade e Loucura. Cuiabá: Editora da Universidade Federal do Mato Grosso/Ed. UFMT; 2007.
 102. Oliveira CFA. A Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza e o Asilo São Vicente de Paula: a problemática da loucura no Ceará. En: Miranda CAC, editores. Escritos sobre a Saúde, Doenças e Sociedade. Recife: Universitária UFPE: 2010. p. 13-35.
 103. Duarte MN. De “ares e luzes” a “inferno humano”: concepções e práticas psiquiátricas no Hospital Colônia de Barbacena: 1946-1979. Estudo de caso. Doutorado em História: UFF; 2009.
 104. Ribeiro RA. A Loucura entre dois mundos: práticas de intervenção médica e assistencialismo no Sanatório Espírita de Uberlândia. En: Wadi YM, Santos NW, editores. História e Loucura: saberes, práticas e narrativas. Uberlândia: EDUFU; 2010. p. 177-213.
 105. Oliveira EG. A assistência a alienados na Santa Casa de Misericórdia do Maranhão: entre a filantropia e o alienismo (1880-1900). Mestrado em História das Ciências da Saúde: Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz; 2011.
 106. Silva SSA. Iluminismo e ciência luso-brasileira: uma semiologia das doenças nervosas no período joanino. Doutorado em História das Ciências e da Saúde: Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz; 2012.
 107. Edler FC, Freitas RC. O “imperscrutável vínculo”: corpo e alma na medicina lusitana setecentista. *Varia História* 2013; 29: 435-52.
 108. Braga ALC. O Serviço Nacional de Doenças Mentais no Governo JK: a assistência psiquiátrica para o distrito federal. Mestrado em História das Ciências e da Saúde. Casa de Oswaldo Cruz/ Fiocruz; 2013.
 109. Oda AMGR ODA. A teoria da degenerescência na fundação da psiquiatria brasileira: contraposição entre Raimundo Nina Rodrigues e Juliano Moreira. *Psychiatry Online* 2001; 6.
 110. Ferla LAC. Gregorio Marañón y la apropiación de la homosexualidad por la medicina legal brasileña. *Frenia* 2004; IV (1): 53-76.
 111. Dias AAT. Páginas de ciência, crime e loucura: a trajetória e o projeto médico-intelectual de Heitor Carrilho (1930-1945). *Temporalidades* 2011; 3: 78-97.
 112. Venancio ATA. Os alienados segundo Henrique Roxo: ciência psiquiátrica no Brasil no início do século XX. *Cultura Psi* 2012.
 113. Neves MS. Pela saúde da nação. O pensamento médico sobre a epilepsia e a construção da ordem no Brasil. En: Almeida M, Vergara M, editores. Ciência, história e historiografia. São Paulo/Rio de Janeiro: Via Lettera/MAST; 2008. p. 81-100. Venancio ATA, Cassilia JAP. A doença mental como tema: uma análise dos estudos no Brasil. *Espaço Plural (Unioeste)* 2010; 22: 24-34.
 114. Vaccaro JS. A construção do moderno e da loucura: mulheres nos prontuários do Hospital Pinel de Pirituba, 1929-1944. Mestrado em História Social: FFLCH/USP; 2011.
 115. Edler FC. Afrânio Peixoto: uma cruzada civilizadora por la nación possible. *Revista Biomedica* 2012; 23: 119-28.
 116. Teixeira JPA. O Discurso Juliano Moreira: psiquiatria e política no processo de modernização do Brasil republicano. Mestrado em História: UERJ; 2013.
 117. Cupello PC. A mulher (a)normal: representações do feminino em periódicos científicos e revistas leigas de grande circulação na cidade do Rio de Janeiro. Mestrado em História das Ciências e da Saúde: Casa de Oswaldo Cruz/ Fiocruz; 2013.
 118. Oda AMGR. O banzo e outros males: o pathos dos negros escravos na Memória de Oliveira Mendes. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* 2007; 10: 346-61.
 119. Facchinetti C. Hospício e Psiquiatria na Primeira República: Diagnósticos em perspectiva histórica. *Revista História Ciência Saúde - Manguinhos* 2010; 17 (2).
 120. Adiala JC. Drogas, medicina e civilização na primeira república. Doutorado em História das Ciências e da Saúde: Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz; 2011.
 121. Munoz PFN, Facchinetti C. Diagnóstico y tratamiento en el hospital nacional de alienados: el caso de los estados atípicos de degeneración a comienzos del siglo XX. *Frenia* 2011; XI: 89-108.
 122. Caponi S. Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2012.



dossier



PSIQUIATRÍA Y CRIMINALIDAD

Coordinación

Esteban Toro Martínez

La intersección entre la Psiquiatría y la Criminología es un lugar de imbricación entre la psiquiatría, el derecho penal, el derecho constitucional y la cuestión criminal abarcando variados temas en relación a los delitos, la imputabilidad, la peligrosidad, la discapacidad mental, el uso problemático de drogas, el respeto de los derechos humanos y el abordaje de los individuos tanto en los dispositivos de Salud Mental como en las instituciones carcelarias como así también el rol de los psiquiatras en ambos ámbitos. De este modo se constituye en un lugar de reflexión clínica sobre la cuestión criminal y una deconstrucción de la economía de la violencia en las instituciones y en los saberes de la psiquiatría.

En la República Argentina se ha legislado en los últimos años un conjunto de normativas específicas en el ámbito de la Salud Mental y otras de fondo integral con igual impacto en la misma. Estas son principalmente las Leyes nro.: 26529/09 -Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud-, sancionada el 21 de octubre de 2009; 26657/10 -Derecho a la Protección de la Salud Mental (ley nacional de salud mental)-, sancionada el 25 de noviembre de 2010; 26378/08 -Adhesión a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada por la ONU el 13 de diciembre de 2006-, sancionada el 6 de junio de 2008; y el nuevo Código Civil y Comercial Unificado que entró en vigencia el 1 de agosto de 2015.

La Constitución Nacional en su artículo 75 inciso 22 ha otorgado rango a los siguientes tratados internacionales como así también previó los mecanismos para la jerarquización de otros: tienen rango constitucional en virtud del art. 75 inciso 22, los siguientes instrumentos internacionales sobre Derechos Humanos -tratados y declaraciones-: Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; Declaración Universal de Derechos Humanos; Convención Americana sobre Derechos Humanos "Pacto San José de Costa Rica";

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo; Convención Sobre la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio; Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial; Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer; Convención Contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes; Convención Sobre los Derechos del Niño; Convención Interamericana sobre Desaparición Forzada de Personas (jerarquizada en 1997); Convención sobre la Imprescriptibilidad de los Crímenes de Guerra y de los Crímenes de Lesa Humanidad (jerarquizada en 2003); Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo (jerarquizada en 2014).

Este plexo normativo de crucial injerencia en el derecho civil ha dado origen a una corriente del derecho que se denomina Derecho Civil Constitucionalizado y en los hechos de la práctica de la psiquiatría constituye una nueva fuente de obligaciones y deberes. (1)

Partiendo de estos antecedentes es que se ha encarado este Dossier, con la intención de dar cuenta del impacto de esta realidad normativa en la práctica de la psiquiatría asistencial en todos sus dispositivos, destacándose el asistencial en unidades de detención, y el pericial forense.

La Dra. Laura Sobredo revisa y analiza el caso Ximenes Lopes, sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en contra del estado de Brasil que es la primera que aborda el tema de la discapacidad mental. En esta el Sistema interamericano -en el decir de la autora- "sanciona a un Estado democrático, con fuerte acento en el acceso efectivo a la justicia de ciertos grupos que padecen procesos históricos o estructurales de discriminación, en este caso las personas con discapacidad mental".

A continuación, en relación al destino de los disca-

pacitados en el sistema penal, el Dr. Ezequiel Mercurio advierte sobre el “proceso de invisibilización” al que se encuentran sometidos aquellos padecientes de discapacidad intelectual leve al tiempo que aboga en aras de actualizar el discurso jurídico penal y forense, actualización discursiva que entrañaría la adopción necesaria del nuevo paradigma imperante en el continente y en nuestro país en materia de discapacidad.

La sempiterna cuestión acerca de la inimputabilidad disminuida y la controvertida necesidad de la misma, especificando claramente las condiciones de aplicabilidad, vuelven a tensar la cuerda de los conceptos criminológicos forenses clásicos y las nuevas conceptualizaciones en psicopatología. El riesgo es el que se ha señalado siempre como caras de una misma moneda: en una de ellas se deja de lado un régimen adecuado de tratamiento para padecientes que son excluidos de su condición de tales por no ser alienados y en la otra se medicaliza a quien delinque por su forma de ser para atenuar su imputación. Y entonces se da la doble contradicción paradigmática. Por un lado están aquellos para los cuales el adicto con rasgos psicopáticos es responsable penalmente siempre por sus delitos y que no dudarían un segundo en indicar una medida coactiva de tratamiento en el ámbito civil por ser enfermos de adicción y por el otro están aquellos que abogan enardecidamente acerca de la inimputabilidad del “psicópata”, viendo en ellos las manifestaciones frustradas de una psicosis (en el sentido de Kraepelin, a quien no dudan en descalificar por positivista), severamente intoxicado y enfermo, para luego en el ámbito civil (re) clamar por el derecho a la elección de la terapéutica de estos en tanto tienen derecho a consentir o rechazar sus tratamientos en relación a su uso problemático de sustancias (bajando el tenor de la cualidad mórbida de la adicción). Precisamente el artículo de los Dres. Luis Ohman y Adrián Fantini se hacen cargo de esta cuestión y tiene el mérito de la rigurosidad no atrapada en el cliché del eslogan o el dogmatismo acrílico tanto en su revisión como en su propuesta.

Llegados este punto, entonces debe admitirse que el proceso de cambio de paradigma junto con el avance tecnológico y complejización de los campos disciplinares hacen imperativos una modernización en la organización, integración y funcionamiento de los organismos periciales. Al respecto el Dr. Roberto Godoy expone con brillantez su reflexión acerca de los procesos señalados y su propuesta acerca de la nueva dinámica organizativa necesaria para los organismos periciales.

Por último, considerando la variada matriz disciplinar de la intersección de saberes e interrogantes, se vuelve necesaria la reflexión filosófica: ¿por qué nuestra disciplina, que nació como un saber clínico liberador con un objeto de estudio preciso, al cual se le atribuyó condición de sujeto, esto es el hombre enfermo -aunque no fueran las

categorías semánticas de la época-, recibe tanto cuestionamiento y acusación de constituirse en un instrumento disciplinador y de castigo? Sin duda nuestra práctica en la trinchera clínica nos enfrenta a menudo a situaciones donde un hombre/mujer enfermo y descompensado incurre en conductas de riesgo grave para sí mismo o de terceros que hacen necesarias la indicación de medidas extremas restrictivas de la libertad y esas intervenciones nos exponen a la investigación penal. Pero hay algo más y ese algo más quizás haya que buscarlo con ese instrumento formidable del pensamiento que es la filosofía. Al respecto el Dr. Nicolás Mathov, abogado y filósofo, nos conduce en su artículo hacia un Platón quizás desconocido para muchos de nosotros y ocupado por las mismas cosas en las que se preocupa el legislador, el abogado, el criminólogo y el psiquiatra. Un Platón que consideraba inevitable la intervención a través de la palabra en el alma humana y la necesidad de fundar un psiquismo, un ámbito de resolución del conflicto animal/sociedad que lleva consigo misma la existencia humana. Ágil, erudito y profundo, dicho artículo cumple su objetivo.

De este modo cerramos este Dossier, escrito todo por funcionarios del estado argentino relacionados con la administración de justicia y la investigación estatal, que esperamos sea de utilidad para el lector interesado en estos temas tomando con las palabras expresadas por el papa Francisco con motivo del Jubileo de los enfermos y los discapacitados el 12 de junio de este año: “...La naturaleza humana, (...) lleva inscrita en sí la realidad del límite. Conocemos la objeción que, sobre todo en estos tiempos, se plantea ante una existencia marcada por grandes limitaciones físicas. Se considera que una persona enferma o discapacitada no puede ser feliz, porque es incapaz de realizar el estilo de vida impuesto por la cultura del placer y de la diversión. En esta época en la que el cuidado del cuerpo se ha convertido en un mito de masas y por tanto en un negocio, lo que es imperfecto debe ser ocultado, porque va en contra de la felicidad y de la tranquilidad de los privilegiados y pone en crisis el modelo imperante. Es mejor tener a estas personas separadas, en algún ‘recinto’ -tal vez dorado- o en las ‘reservas’ del pietismo y del asistencialismo, para que no obstaculicen el ritmo de un falso bienestar. En algunos casos, incluso, se considera que es mejor deshacerse cuanto antes, porque son una carga económica insostenible en tiempos de crisis. Pero, en realidad, con qué falsedad vive el hombre de hoy al cerrar los ojos ante la enfermedad y la discapacidad. No comprende el verdadero sentido de la vida, que incluye también la aceptación del sufrimiento y de la limitación. El mundo no será mejor cuando esté compuesto solamente por personas aparentemente ‘perfectas’, sino cuando crezca la solidaridad entre los seres humanos, la aceptación y el respeto mutuo” (2) ■

1. Toro Martínez E. El modelo social de la discapacidad en Argentina: paradigma de la toma de decisiones con apoyos y salvaguardas en el nuevo Código Civil argentino. *Vertex* 2015; XXVI: 284-92.

2. Francisco. Jubileo Extraordinario de la Misericordia. Jubileo de los Enfermos y Personas Discapacitadas [Internet]. 2016. Disponible en: <http://w2.vatican.va/content/francesco/es/homilies/2016.index.html#homilies>.

El caso Ximenes Lopes vs Brasil. La psiquiatría y el derecho internacional de los derechos humanos en la vida real

Laura Dolores Sobredo

*Médica Especialista en Psiquiatría
Psicoanalista*

*Docente del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina,
Universidad de Buenos Aires*

*Integrante de la Procuraduría de violencia institucional, Procuración General de la Nación
E-mail: lausobredo@hotmail.com*

Resumen

Para comprender y ajustarse a las obligaciones legales que regulan nuestra práctica profesional como psiquiatras es útil conocer la normativa y reconocer alguna lógica interna a la que responde. El análisis de la sentencia de la Corte interamericana de derechos humanos del caso Ximenes Lopes vs. Brasil del año 2006 intenta aquí ser un aporte a ese tipo de comprensión de las normas. La Corte Internacional de Derechos Humanos lleva adelante los litigios en los que se decide la responsabilidad de los Estados parte del Sistema en presuntas violaciones a los derechos humanos. Las sentencias de la Corte reflejan como sus jueces interpretan la normativa, resuelven conflictos entre los ciudadanos y los Estados, ordenan reparaciones y controlan el cumplimiento de las obligaciones internacionales de los Estados. Ximenes Lopes es la primera sentencia de la Corte Internacional de Derechos Humanos contra el estado de Brasil y es también la primera que aborda el tema de la discapacidad mental. En la sentencia el Sistema interamericano sanciona a un Estado democrático, con fuerte acento en el acceso efectivo a la justicia de ciertos grupos que padecen procesos históricos o estructurales de discriminación, en este caso las personas con discapacidad mental.

Palabras clave: Ximenes Lopes - Discapacidad mental - Derechos humanos - Práctica profesional.

XIMENES LOPES VS. BRAZIL CASE: PSYCHIATRY AND INTERNATIONAL HUMAN RIGHTS LAW IN THE REAL LIFE

Abstract

In order to understand and adjust to the legal obligations that rule our professional practice as psychiatrists, it is useful to know the regulatory framework and its internal logic. The analysis of the case "Ximenes Lopes vs Brazil" (2006), from the Inter-American Court of Human Rights, intends to be, within this work, a contribution to understand those norms. The Inter-American Court of Human Rights conducts litigation that decides on the responsibility of Member States in alleged violations of human rights. Court sentences reflect the way judges interpret norms, solve conflicts between citizens and States, order reparations and control compliance with international obligations of States. "Ximenes Lopes vs Brazil" is the first judgement by the Inter-American Court of Human Rights against the State of Brazil and is also the first one that addresses the issue of mental disability. In that judgement the Inter-American System sanctions a democratic State, emphasizing the effective access to Justice among historically and structurally discriminated groups, in this particular case people with mental disability.

Key words: Mental disability - Human rights - Ximenes Lopes - Professional practice.

La necesidad de indagar en el campo disciplinar del derecho se ha intensificado para los psiquiatras¹ de nuestro país en los últimos años. Esta coordenada temporal ha sido fijada por los ya no tan recientes cambios normativos locales (sanción de la Ley Nacional de Salud Mental nro. 26657 en el año 2010) y por la adopción por la República Argentina de la nueva legislación del Derecho Internacional de los Derechos Humanos (en adelante DIDH) específica en la materia que ratificada por Argentina en el año 2008 (la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad).

Para comprender y ajustarse a las obligaciones legales que regulan nuestra práctica profesional como psiquiatras es útil conocer la normativa y reconocer alguna lógica interna a la que responde. Entiendo que es posible trascender la zozobra provocada, otra vez en los últimos tiempos, por el brusco llamado a participar en la arena política específicamente referida a nuestra profesión en sus relaciones con los mecanismos de regulación del Estado. Algunas de las regulaciones actuales encuentran sus fundamentos en el DIDH.

Las diferencias de lenguajes de la disciplina del derecho y de la psiquiatría así como los prejuicios que ambas convocan dificultan el acceso a información organizada y la reflexión y toma de partido con respecto de los asuntos que las reúnen. Ya se ha dicho extensamente que en los preconceptos o en los prejuicios se funda y se construye la realidad (1, 2). Así los prejuicios reúnen trozos de la realidad que es necesario desmalezar para acceder a una mirada más realista de los objetos, en este caso de las disciplinas que los despiertan.

El análisis de la sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos del caso Ximenes Lopes vs. Brasil del año 2006 intenta aquí ser un aporte a ese tipo de comprensión de las normas. La participación de la Argentina en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos (en adelante SIDH) y la relevancia en la historia nacional reciente de las intervenciones de este sistema también guían este texto. En las decisiones de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (en adelante Corte IDH) en el caso Ximenes Lopes se definen estándares referidos a los derechos fundamentales de las personas con discapacidad mental y entre ellos se destaca la obligación internacional de los Estados de investigar las muertes acaecidas en las instituciones psiquiátricas.

El derecho internacional de los derechos humanos. El sistema interamericano y las sentencias de la Corte IDH

El DIDH puede definirse como el sistema de regulaciones entre Estados y entre los Estados y sus ciudadanos que establece las obligaciones que estos últimos deben respetar para sostener como idea esencial que los seres huma-

nos tienen derecho a determinado nivel de dignidad y respeto sólo por su condición de seres humanos (3).

Nuestro país forma parte de instituciones que enuncian, controlan y ponen en vigencia este orden legal: las Naciones Unidas que componen con todas sus instancias el así llamado Sistema Universal y la Organización de Estados Americanos alrededor de la que se organiza el SIDH.

Estas instituciones formadas en occidente después de la Segunda Guerra Mundial comprometen a los Estados que las integran a respetar, proteger y realizar los derechos humanos y a adoptar medidas y leyes internas compatibles con las obligaciones y deberes que se desprenden de sus documentos (declaraciones, cartas, tratados). También prevén mecanismos de reclamo a los Estados ante las violaciones de derechos humanos para presentar denuncias reclamando que las normas internacionales de estos derechos sean efectivamente respetadas y aplicadas por cada Estado parte.

La Constitución Argentina de 1994² otorga rango constitucional a una serie de tratados internacionales de derechos humanos entre los que se cuentan la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y la Convención Americana sobre Derechos Humanos y prevé los mecanismos para que otros tratados y convenciones pasen a gozar de jerarquía constitucional.

El SIDH se inició formalmente con la aprobación de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre 1948. Desde esa fecha los Estados parte han adoptado diversos instrumentos que forman la normativa de un sistema regional de promoción y protección de los derechos humanos y han creado órganos destinados a velar por su cumplimiento.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (en adelante CIDH) es el órgano del SIDH que recibe las peticiones y reclamos a los Estados por presuntas violaciones a los derechos humanos y las analiza y decide su pertinencia sobre estas. Todos los modos de intervención de la CIDH son complejos y puede decirse que la intervención más compleja en sus mecanismos formales es la presentación y elevación de un caso ante la Corte IDH para su discusión.

La Corte IDH lleva adelante los litigios en los que se decide la responsabilidad de los Estados parte del sistema en presuntas violaciones a los derechos humanos. Las sentencias de la Corte IDH reflejan como sus jueces interpretan la normativa, resuelven conflictos entre los ciudadanos y los Estados, ordenan reparaciones y controlan el cumplimiento de las obligaciones internacionales de los Estados. En el cumplimiento de éstas los Estados parte del sistema deben promover y guiar reformas legislativas, ordenar la revisión de procesos judiciales, otorgar reparaciones y ajustar a los estándares internacionales el diseño de políticas públicas.

Ximenes Lopes es la primera sentencia de la Corte IDH contra el estado de Brasil y es también la primera que aborda el tema de la discapacidad mental.

¹ Decido referirme en el texto a los psiquiatras, colectivo del que formo parte. Entiendo que muchas de estas puntualizaciones son aplicables a la tarea de todo el equipo de asistencia en Salud Mental.

² Art.75 inc.22.

El SIDH en Argentina y en la región

El DIDH ha sido un instrumento destacado para promover en nuestro país algunos de los hitos más significativos para la concreción de luchas históricas del movimiento de derechos humanos nos y para la construcción de ciudadanía en la reciente etapa democrática (4).

Algunas decisiones del SIDH han marcado el rumbo de la historia de nuestro país desde la recuperación democrática en 1983³ en forma de visitas de la Comisión, soluciones amistosas o sentencias que permitieron procesos locales de justicia y reparación.

Para poner en relación las intervenciones del SIDH en épocas de dictaduras y de complejas transiciones en la región y en nuestro país con el asunto que nos ocupa (una sentencia del año 2006 referida a los derechos fundamentales de las personas con discapacidad mental) he de citar largamente la escritura de Víctor Abramovich (5) en su análisis del papel del SIDH en la región en sus diferentes momentos institucionales. Dice en referencia a la actualidad del Sistema: *“El SIDH por lo demás se encuentra en un período de fuertes debates, que procuran definir sus prioridades temáticas y su lógica de intervención, en un nuevo escenario político regional de democracias deficitarias y excluyentes, diferente del escenario político que lo vio nacer y dar sus primeros pasos, en el marco de los procesos dictatoriales en Sudamérica en los años setenta y los conflictos armados centroamericanos de los ochenta”*.

Y aborda el ejercicio de las funciones del SIDH en las democracias de la región: *“En los últimos años se ha ido consolidando en el SIDH una agenda vinculada a los problemas derivados de la desigualdad y la exclusión social (...) Los problemas de desigualdad y exclusión se reflejan en la degradación de algunas prácticas institucionales y en el deficiente funcionamiento de los Estados democráticos, lo que produce nuevas formas de vulneración de los derechos humanos, muchas veces emparentadas con las prácticas de los Estados autoritarios de décadas pasadas. No se trata de Estados que se organizan para violar sistemáticamente derechos, ni que planifican en sus esferas superiores acciones deliberadas para vulnerarlos masivamente, sino de Estados con autoridades electas legítimamente, que no son capaces de revertir e impedir prácticas arbitrarias de sus propios agentes, ni de asegurar mecanismos efectivos de responsabilidad por sus actos, como consecuencia del precario funcionamiento de sus sistemas judiciales”*.

También este texto señala como los Estados y las organizaciones sociales defensoras de los derechos humanos hacen propios los estándares del SIDH en el diseño de sus políticas o en sus reclamos y como es central en el funcionamiento del SIDH una nueva idea de igualdad sustantiva.

La sentencia de 2006 por Ximenes Lopes se inscribe en las decisiones del SIDH que sanciona a un Estado

democrático, con fuerte acento en el acceso efectivo a la justicia de ciertos grupos que padecen procesos históricos o estructurales de discriminación, en este caso, el de las personas con discapacidad mental.

El caso Ximenes Lopes y la sentencia de la Corte IDH

*El caso*⁴

El caso Ximenes Lopes vs. Brasil trata la responsabilidad internacional del Estado por la muerte y maltratos a los que fue sometido el joven Damião Ximenes Lopes en una institución psiquiátrica y por la falta de investigación judicial y sanción de los responsables de estos hechos (6).

Damião Ximenes Lopes padecía una discapacidad mental de origen orgánico y su internación en la Casa de Reposo Guararapes en el mes de octubre de 1999, a sus 30 años, era la segunda en ese lugar. Esta Casa de Reposo funcionaba como parte del Sistema Único de Salud (SUS), y era el único lugar de internación psiquiátrica en ese municipio. Hasta su internación Damião vivía con su madre Albertina, a aproximadamente una hora de viaje de ese centro de internación. Fue admitido en esa institución el 1 de octubre y dos días después tuvo una crisis de agresividad.

En el relato del caso ante la Corte IDH dice *“Entró a un baño en la Casa de Reposo Guararapes, y se negaba a salir de ahí, por lo que fue dominado y retirado a la fuerza por un auxiliar de enfermería y por otros dos pacientes”* (112.7).

Por la noche siguió contenido físicamente y al día siguiente, 4 de octubre, fue visitado por su madre. El portero de la Casa de Reposo intentó impedirle la entrada, ante su insistencia ella logró entrar en la institución e inmediatamente comenzó a llamar a su hijo. El texto del fallo relata ese encuentro y dice que *“(...) lo encontró sangrando, con hematomas, con la ropa rota, sucio y oliendo a excremento, con las manos amarradas hacia atrás, con dificultad para respirar, agonizante, y gritando y pidiendo auxilio a la policía. El señor Ximenes Lopes seguía sometido a la contención física que le había sido aplicada desde la noche anterior, ya presentaba excoriaciones y heridas, y se le dejó caminar sin la adecuada supervisión. Posteriormente, un auxiliar de enfermería lo acostó en una cama, de la cual se cayó. Entonces lo acostaron sobre una colchoneta en el piso”* (112.9).

Albertina buscó a ayuda para que atendieran a Damião, se acercaron enfermeros que bañaron al joven mientras ella conversaba con el único médico que estaba en la institución quién le prescribió algunos medicamentos. La madre dejó la institución preocupada y cuando llegó a su casa recibió el mensaje de que habían llamado por teléfono desde la Casa de Reposo para hablar con ella. Algunas horas después, logró retornar a la insti-

³ P. ej., CIDH, OEA. Informe de país Argentina 1980. Disponible en: <http://www.cidh.org/countryrep/argentina80sp/introduccion.htm> CIDH, OEA, informe 21/00. Caso 12059. Carmen Aguiar de Lapacó. Argentina, 29 de febrero del 2000. Disponible en: <https://www.cidh.oas.org/annualrep/99span/Soluci%C3%B3n%20Amistosa/Argentina12059.htm>. Y también, Corte IDH. Ficha técnica Barrios altos vs. Perú. Disponible en: http://www.corteidh.or.cr/cf/jurisprudencia/ficha.cfm?nid_Ficha=267&lang=es

⁴ De aquí en adelante entre paréntesis se mencionaran los considerandos de la sentencia luego de sus citas textuales. El caso Ximenes Lopes vs. Brasil con sentencia del 4 de julio de 2006 se encuentra disponible en http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/Seriec_149_esp.pdf.

tución, y allí supo que su hijo había muerto. Damião Ximenes Lopes falleció aproximadamente dos horas después de la visita de su madre sin haber sido asistido por un médico en el momento de su muerte.

Sigue el relato del caso en la sentencia de la Corte: *“El mismo día de su muerte los familiares del señor Damião Ximenes Lopes solicitaron la realización de una autopsia y su cuerpo fue trasladado de la ciudad de Sobral a la ciudad de Fortaleza, en donde se realizaría la autopsia. Durante el trayecto, el cadáver presentó un fuerte sangrado, de modo que la sábana que lo cubría estaba impregnada de sangre cuando llegaron al destino”* (112.13).

La primera autopsia fue realizada en una institución estatal donde también trabajaba el mismo médico que lo atendió por última vez en la Casa de Reposo, y concluye que se trató de: *“muerte real de causa indeterminada”* (112.14). En el proceso va a ser señalada la ineficacia y la falta de ajustes a recomendaciones internacionales⁵ en la materia de la realización de la autopsia tanto por los representantes de la familia como por la Corte. En el año 2002 se realizó una segunda autopsia con exhumación del cuerpo de Damião sin mayores resultados por la descomposición. La Corte en su sentencia pondrá los hallazgos de la autopsia en relación las demás pruebas recabadas sin limitarse en su valoración a la descripción final de *“causa indeterminada”*.

El proceso ante el SIDH

Ante la falta de respuesta a los reclamos judiciales la familia inicia a apenas meses de la muerte de Damião su reclamo ante el SIDH. A seis años de iniciado el proceso penal no existía aun una sentencia de primera instancia y la Corte IDH entiende que la demora en los procesos favorece la impunidad y puede ser vista como una violación del derecho al acceso a la justicia (7).

Los trámites en la CIDH (instancia que habilita diversos abordajes de los casos como se describió más arriba) se iniciaron con la presentación de la petición en Diciembre de 1999. El informe de admisibilidad tiene fecha de octubre de 2002, allí la Comisión definió que este caso sería tratado por el Sistema y elaboró en el año siguiente (octubre de 2002) el más detallado informe de fondo.

La Comisión remitió el caso a la Corte IDH el 1 de octubre de 2004 con el objeto de que decidiera si el Estado había violado los derechos a la vida, a la integridad, a las garantías judiciales y al control judicial, todos ellos en relación con la obligación de respetar los derechos enunciados en la Convención Americana. El mismo pedido hicieron los representantes de las víctimas.

La audiencia por el caso Ximenes Lopes vs. Brasil ante la Corte IDH se realizó el 30 de noviembre de 2005. La sentencia tiene fecha de julio de 2006.

La sentencia va a reconocer el protagonismo de la familia de Damião en el proceso de justicia y los efectos que la muerte de un ser querido en estas circunstancias

tuvo en sus vidas. La anterior lista de fechas que abarcan 7 años señala el tiempo de una dolorosa búsqueda por obtener justicia y quizás el intento de curar, de un modo que nuestras sociedades ofrecen, una herida.

La sentencia

En la sentencia la Corte IDH encuentra responsable al Estado brasileño de la violación de todos los derechos reclamados por los peticionantes y por la Comisión. Estos están expresados en los siguientes artículos de la Convención Americana sobre los Derechos Humanos: artículo 1 (Obligación de Respetar los Derechos.), artículo 4.1 (Derecho a la Vida), artículo 5.1 y 5.2 (Derecho a la Integridad Personal). Y también artículo 25 (Protección Judicial) y artículo 8 (Garantías Judiciales).

Abundan las lecturas desde el Derecho de los detalles de esta sentencia y es utilizada como referencia en textos académicos, reclamos a los Estados o en dictámenes del Derecho Interno en la Argentina. En cuanto al interés planteado inicialmente en este texto subrayo algunos puntos que entiendo nodales en las siguientes notas.

1- El Estado reconoce las faltas del sistema de salud pero no las del sistema de administración de justicia.

a. El estado brasileño allanó a algunas de las alegaciones de los peticionantes, las referidas la art. 4 y al art. 5 de la Convención: *“En el reconocimiento parcial de responsabilidad internacional, el Estado reconoció los hechos de la demanda relacionados con el fallecimiento del señor Damião Ximenes Lopes, y la falta de prevención para superar las condiciones que permitieron que ocurriera tal incidente, así como la precariedad del sistema de atención mental al cual la presunta víctima fue sometida, al momento de los hechos, lo que constituyó una violación del artículo 4 de la Convención. El Estado, además, reconoció los malos tratos de que fue víctima el señor Ximenes Lopes antes de su muerte, en violación del artículo 5 de la Convención”* (considerando 122).

El Estado no reconoció a los familiares cómo víctimas ni de la falta de protección y garantías judiciales.

b. Podría entenderse entonces que fue este un recaudo en vistas a las reparaciones a las que estaría obligado el Estado al reconocer como víctimas a los integrantes de la familia. Y también es una aceptación de las responsabilidades del sistema de salud, mas no las del sistema de administración de justicia.

2. Las condiciones de vida y asistencia sanitaria. El contexto de violencia. Las recomendaciones sobre como investigar.

a. La Corte se expide en la sentencia sobre las condiciones en que vivían los pacientes en la Casa de Reposo Guararapes, sostiene que existía allí un contexto de violencia y señala que: *“las precarias condiciones de mantenimiento, conservación e higiene, así como de la atención médica, también constituían una afrenta a la dignidad de las personas ahí internadas”*. Luego hace una larga enumeración referida a esas condiciones en las que inclu-

⁵ Se refiere al Protocolo de Minnesota, Oficina del alto comisionado en Derechos Humanos de las Naciones Unidas, Colombia. Disponible en: <http://www.hchr.org.co/publicaciones/libros/Protocolo%20de%20Minnesota.pdf>.

ye el equipamiento médico y las historias clínicas y cita un informe producido en el marco de una investigación administrativa posterior a la muerte de Ximenes Lopes que concluye que ese lugar de internación “no ofrec[ía] las condiciones exigibles y [era] incompatible con el ejercicio ético-profesional de la Medicina” (120).

b. En relación con la atención de la salud la sentencia señala taxativamente cuestiones referidas a las condiciones de vida y de atención y al contexto de violencia en el que vivían las personas allí internadas en el que se produce la muerte de Ximenes Lopes.

c. En relación con la causa de la muerte del joven y las conclusiones de la autopsia, la Corte pone en relación los hallazgos de esta experticia (criticada en su modo de realización) con las demás pruebas y sostiene en los datos que al autopsia aporta que la muerte sucedió en un contexto de violencia: “La autopsia realizada señaló que el cuerpo presentaba excoriaciones localizadas en la región nasal, hombro derecho, parte anterior de las rodillas y del pie izquierdo, equimosis localizadas en la región del ojo izquierdo, hombro homolateral y puños, por lo que esta Corte consideró probado que la muerte se dio en circunstancias violentas” (121).

d. De la consideración anterior deriva la obligación de llevar adelante cierto tipo de investigación por haber sido una muerte en “circunstancias violentas”: “(...) es necesario para la investigación de toda muerte violenta observar reglas **similares** a las contenidas en el Manual sobre la Prevención e Investigación Efectiva de Ejecuciones Extrajudiciales, Arbitrarias y Sumarias de las Naciones Unidas. Las autoridades estatales que conducen una investigación deben, inter alia: a) identificar a la víctima; b) recuperar y preservar el material probatorio relacionado con su muerte, con el fin de ayudar en cualquier investigación; c) identificar posibles testigos y obtener sus declaraciones en relación con la muerte que se investiga; d) determinar la causa, forma, lugar y momento de la muerte, así como cualquier procedimiento o práctica que pueda haberla provocado, y e) distinguir entre muerte natural, muerte accidental, suicidio y homicidio. Además, es necesario investigar exhaustivamente la escena del crimen, y se deben realizar autopsias y análisis de restos humanos, en forma rigurosa, por profesionales competentes y empleando los procedimientos más apropiado” (179, el subrayado es de este texto).

3. Quiénes son las víctimas a las que el Estado debe reparar y su protagonismo en el proceso de justicia.

a. La Corte siguiendo su propia doctrina también extiende las obligaciones del Estado por los daños a la integridad personal (art. 5 de la Convención) de los familiares de la víctima que por lo sufrido resultan víctimas de violaciones a los derechos humanos. Y reconstruye en la sentencia los cambios en las vidas de la madre y padre de Damião así como de su hermana y su hermano gemelo, la aparición de afecciones anímicas y la necesidad de dedicar muchos de sus esfuerzos a la búsqueda de justicia con el impacto que esto ha tenido en su vida cotidiana.

b. La Corte considera que fueron los familiares quienes iniciaron, acompañaron e intervinieron en el desarrollo de las gestiones para averiguar lo que había sucedido Damião Ximenes Lopes. Señala que: “Los Estados tienen el **deber de investigar** las afectaciones a los derechos

a la vida ya la integridad personal como una condición para garantizar tales derechos (...). En el presente caso, la Corte estableció que el Estado ha faltado a sus **deberes de respeto, prevención y protección**, y que por lo tanto es responsable por la violación del derecho a la vida y a la integridad personal del señor Damião Ximenes Lopes” (177, el subrayado es de este texto) La violación del derecho a la vida entonces no solo se desprende de la muerte del joven sino también de no haber cumplido con el deber de investigar como una condición para garantizarlo.

4. Las garantías judiciales efectivas.

a. Luego evalúa detalladamente las acciones del Estado en el proceso judicial civil y penal y señala que “(...) La Corte analizará si **aquellas han sido serias, imparciales y efectivas, y si no se han emprendido como una simple formalidad**” (178). Y luego “La Corte concluye que el Estado no ha proporcionado a las familiares del señor Ximenes Lopes un recurso efectivo para garantizar el **acceso a la justicia, la determinación de la verdad de los hechos, la investigación, identificación, procesamiento y, en su caso, la sanción de los responsables y la reparación de las consecuencias** de las violaciones (...)” (206, el subrayado es de este texto).

Reflexiones a modo de conclusión

El caso Ximenes Lopes permitió que se juzguen en tribunales locales en Brasil las responsabilidades por la muerte del joven, ordenó al Estado desarrollar un programa de capacitación para todas las personas vinculadas con la atención de la salud mental sobre los principios que deben regir el trato de las personas que padecen discapacidades mentales, conforme a los estándares establecidos en la sentencia y obligó al Estado a reparar a la familia en su condición de víctimas.

Desde el DIDH el acceso al recurso judicial efectivo es indispensable para el pleno ejercicio de derechos fundamentales, como el derecho a la vida o a la integridad. El SIDH sostiene en sus decisiones la protección de grupos que padecen procesos históricos o estructurales de discriminación y violencia y demanda a los Estados un rol activo para generar equilibrios sociales. La obligación positiva referida al acceso a la justicia que la sentencia menciona en muchos de sus pasajes resulta particularmente iluminada cuando señala que analizará si las investigaciones judiciales no se iniciaron “como una simple formalidad” como un modo de valorar su eficacia. El acceso a una investigación judicial diligente, efectiva y oportuna es un modo de revertir desigualdades.

El caso Ximenes Lopes nos acerca en su descripción un escenario de desolación y violencia que determina la muerte de un joven internado en una institución psiquiátrica. La existencia de las transgresiones a la legalidad es lo que hace necesaria su sanción, no es necesario prohibir algo que jamás ha sucedido. Y así como el campo de los derechos humanos es en algún sentido el que describe los valores que no se deben poner en cuestión también es el que reseña los horrores que unos humanos hacen a otros.

Entiendo que los psiquiatras nos debemos una honda reflexión colectiva sobre nuestra relación con la legalidad y los sistemas de control del Estado. La conciencia

individual no resulta un instrumento de regulación confiable de los actos de quienes detentan el poder en una relación asimétrica como es la que existe entre médicos y pacientes.

La concepción, cercana en el tiempo, de la medicina como una profesión liberal aloja la idea de un ejercicio profesional sostenido en acuerdos individuales con nuestros pacientes. Acuerdos sometidos a códigos de ética de nuestras propias organizaciones y a la noble tradición del juramento hipocrático. Y también un ejercicio profesional alejado de los espacios colectivos, laboriosamente recuperados en nuestro país en los últimos 30 años.

Nada de lo que esos textos dicen, los códigos de ética o los juramentos, está escrito en la Constitución nacional ni en ningún otro instrumento que regule las relaciones ciudadanas⁶. La legalidad es un marco de acuerdos que excede las decisiones personales o de los colectivos de la sociedad civil organizada para comprometer a los Estados y a sus representantes. Nuestras competencias profesionales nos habilitan a realizar algunas tareas con licencia del Estado (esto es, también, la matrícula profesional) que a otros están prohibidas. Habilidades y deberes hacia las personas a las que asistimos es lo único que nos diferencia de los demás ciudadanos. Estamos en pie de igualdad sometidos a la ley.

La idealización de la figura del médico, lejana en sus orígenes pero no menos efectiva, que se destina a quienes lidiamos (apenas y a penas, diría) con el tránsito entre la vida y la muerte, con el dolor o con la locura es una insignia narcisista que portamos. Todos sabemos que es difícil acotar su solidez casi metálica (también todos conocemos los viejos chistes al respecto) para tener siempre presente que es un atributo que los pacientes nos confieren. No es nuestro por algún don divino o algún merecimiento estrictamente personal.

En la línea de desandar las idealizaciones hace falta

decir que también sabemos que el sistema de justicia no es la Justicia. El sistema de justicia administra tensiones, intereses contrapuestos, diferentes miradas del mundo siempre de un modo imperfecto y que en general replica desigualdades sociales. Ya advertimos en otro texto de la desilusión inherente a toda adhesión acrítica algún marco de referencia explicativo y totalizante como podría proponerse el del DIDH (8). No es cuestión de cambiar el juramento hipocrático, cosa que por otra parte ya sucedió y por eso existe la fórmula de Ginebra. No hay una buena nueva donde encontrar respuesta todas las situaciones complejas de nuestra práctica.

Sin embargo la interpelación que nos plantean los instrumentos del DIDH sobre nuestras prácticas que he intentado reflejar nos hace necesario estar al tanto de los fundamentos de las normas que regulan nuestra tarea. La posibilidad de ocupar un lugar relevante en la discusión política de estas temáticas hace necesario conocer el lenguaje con el que desde otros campos se entienden la vida y la muerte de las personas internadas en las instituciones psiquiátricas.

La histórica desprotección de los enfermos mentales no es una novedad para los psiquiatras. Sí resulta incómodo y revulsivo reconocernos como potenciales agentes de la desprotección o el daño. Nada más lejano nos llevó a elegir esta profesión. Sin embargo los hechos concretos sobre los que hay consensos extensos y sólidos nos obligan a reconocer dolorosamente esta posición y revisarla críticamente.

La discusión política y estratégica sobre los modos de alcanzar el resguardo de los derechos fundamentales de un grupo particularmente vulnerable como son los pacientes a quienes asistimos es aún un tema pendiente para los psiquiatras tanto dentro de las instituciones como en el diálogo con la sociedad ■

Referencias bibliográficas

1. Bleichmar S. De la creencia al prejuicio. *Vertex* 2007; XVIII: 42-5.
2. Kaufman A. Sobre vocablos necesarios pero insuficientes. *Vertex* 2007; XVIII: 46-9.
3. Steiner H, Alston P. *International Human Rights in Context*. 2nd Edition. Oxford: Oxford University Press.
4. Tiscornia S. Activismo de los derechos humanos y burocracias estatales. El caso Walter Bulacio. Buenos Aires : Del Puerto/CELS; 2008.
5. Abramovich V. De las violaciones masivas a los patrones estructurales: Nuevos enfoques y clásicas tensiones en el sistema interamericano de derechos humanos. *SUR* 2009; VI-11: 7-39.
6. Rosatto CM. Caso Damião Ximenes Lopes: Cambios y Desafíos Después de la Primera Condena de Brasil por parte de la Corte Interamericana de Derechos Humanos [Internet]. *SUR Conectas* 2011; VIII- 15 enero 2011. Disponible en: <http://www.conectas.org/es/acciones/es-revista-sur/edicion/15/1000171-caso-damiao-ximenes-lobes-mudancas-e-desafios-apos-a-primeira-condenacao-do-brasil-pela-corte-interamericana-de-direitos-humanos>.
7. Hegglin MF. El caso Ximenes Lopes vs. Brasil: leading case de la Corte Interamericana en materia de derechos fundamentales de los enfermos mentales privados de libertad. En *Derecho Internacional de los Derechos Humanos. Análisis de los estándares del Sistema Interamericano*. Ministerio Público de la Defensa, Defensoría General de la Nación: Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 2009. p.19-42.
8. Sobredo L, Amendolaro R , Laufer M. La perspectiva de Derechos Humanos, un instrumento para abordar situaciones clínicas complejas. *Vertex* 2010; XXI: 49-54.

⁶ Sin embargo la Corte IDH incluye en la prueba para esta sentencia documentos "que considera útiles para la resolución del caso" y entre otros incluye la Declaración de Caracas de la OPS, adoptada por la Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina el 14 de noviembre 1990; la Declaración de Madrid de la APM Sobre los Requisitos Éticos de la Práctica de la Psiquiatría, aprobada por la Asamblea General de la APM el 25 de agosto 1996 y revisada el 26 de agosto 2002; la Declaración de Hawai de la AMP del 10 de julio de 1983 y algunas guías de recomendaciones de la Asociación Médica Americana sobre contención física.

Pobreza y discapacidad intelectual en el sistema penal: los invisibles

Ezequiel N. Mercurio

*Médico especialista en Medicina Legal y Psiquiatría
Magíster en Criminología
Capítulo de Discapacidad Intelectual y del Desarrollo
E-mail: ezequielmercurio@gmail.com*

Resumen

Estudios neurocientíficos realizados en las últimas décadas muestran las consecuencias negativas de la pobreza en el desarrollo cognitivo durante la infancia. Los factores ambientales, como la privación material, las situaciones de estrés, la violencia, la malnutrición, la exposición a tóxicos ambientales impactan negativamente en la estructura y función del cerebro desde etapas prenatales y sus consecuencias pueden permanecer estables a lo largo de todo el ciclo vital sino se realizan intervenciones tempranas. Se encuentran descritas modificaciones en el volumen y función de la corteza prefrontal, hipocampo, amígdala, región tempero-occipital izquierda, que se correlacionan con menores desempeños en tareas de funciones ejecutivas, regulación del estrés, expresión y regulación emocional y lenguaje en niños que se encuentran en situación de pobreza. Estudios internacionales muestran un crecimiento de la población con discapacidad intelectual en el ámbito penitenciario en los últimos años. Sin embargo, en el sistema penal, las personas con discapacidad intelectual leve sufren un proceso de normalización. La falta de acceso a un diagnóstico adecuado opera como una omisión de este colectivo vulnerable y minoritario, y a partir de ello el Estado le priva del acceso a sistemas de apoyo y contención específicos consagrados en el pactos internacionales de derechos humanos. Asimismo el abandono, la discriminación, la falta de acceso a una salud integral y a intervenciones sociales adecuadas se profundizan mucho más en la prisión. Es por ello que desde una perspectiva actual de derechos humanos una persona con discapacidad que se encuentra privada de libertad constituye un sujeto doblemente vulnerable.

Palabras clave: Pobreza - Neurodesarrollo - Discapacidad intelectual - Invisibilización - Derecho.

POVERTY AND MENTAL DISABILITY IN THE CRIMINAL LAW: THE INVISIBLES

Abstract

In recent decades neuroscience research show the negative consequences of poverty in cognitive development. Environmental factors, such as material deprivation, exposure to stressful situations, violence, nutritional deprivation, environmental toxins may shape the developing brain. The changes of the structure and function of the brain since prenatal stages and their consequences can remain stable throughout the life cycle except early interventions are made. Research investigating have found significant link between child poverty and function and structural brain focusing on prefrontal cortex (i.e., executive functions), hippocampus (learning and memory), amygdala (i.e., fear and emotional processing) and Left Occipitotemporal and Perisylvian Regions (Language and Reading) In recent years, international studies show a growing population with intellectual disabilities in prisons. However, in criminal justice, people with mild intellectual disabilities suffer a normalization process. A lack of access to adequate diagnosis operate as an omission this vulnerable group, as a result the State deprive access to support systems guaranteed in international declarations of Human Rights. Furthermore neglect, discrimination, lack of access to comprehensive health and appropriate social interventions deepen in prison. It is for this reason that from a current human rights perspective a person with disability in jail becomes a doubly vulnerable subject.

Key words: Poverty - Neurodevelopment - Intellectual disability - Invisibility - Criminal law.

Introducción

En el año 2007, uno de cada 5 niños en América Latina era pobre (1). En esta línea, en Argentina, según el censo realizado en el año 2010, existían más de 12 millones de niños, niñas y adolescentes, de los cuales el 20% vivía en hogares con necesidades básicas insatisfechas (2). Según la fuente consultada y el año analizado, este porcentaje puede variar entre un 20% y un 28% (1, 2, 3).

Un reciente informe realizado por UNICEF en Argentina en el año 2015 halló que el 31.7% de los niños era pobre. El estudio fue realizado desde una perspectiva amplia de medición de la pobreza y no sólo teniendo en cuenta el nivel de ingreso, o acceso a la canasta básica. Es decir, la problemática fue analizada desde una perspectiva de derechos humanos, motivo por el cual las privaciones fueron medidas desde una mirada multidimensional. Esto representa aproximadamente 4 millones de niños y niñas (4).

El nivel socioeconómico (NSE) presenta una fuerte correlación con los niveles de salud alcanzados. Así, la persona que tiene menor nivel de escolaridad tienen menos probabilidad de acceder a empleos calificados, seguros y estables y a su vez menores ingresos. Todo ello repercute e impacta en los niveles de salud, toda vez que se encuentran más expuestos a presentar enfermedades. Las personas que viven en situación de pobreza se encuentran más expuestas a tóxicos ambientales, a empleos precarios y riesgosos para salud, con menor acceso a sistemas de prevención, y una nutrición deficiente (5). El crecimiento y desarrollo de los niños y niñas se encuentra íntimamente relacionado con el medio ambiente en el que se desarrollan. Así, tanto el contexto ambiental, como las relaciones sociales y las experiencias durante la infancia tienen un impacto en el desarrollo cognitivo y en las habilidades sociales futuras. Es decir, el crecimiento, desarrollo y maduración cerebral no se encuentra ajeno a múltiples influencias del medio ambiente y cuyo impacto va más allá de la infancia y adolescencia. En esta línea, la pobreza es un factor determinante para la salud los niños y niñas, con mayores niveles de mortalidad infantil y mayor retraso madurativo, entre otras variables de salud a las que se encuentran más afectados. Los niños que viven en situación de pobreza se encuentran más expuestos a falta de micronutrientes, a tóxicos ambientales, a situaciones de estrés, violencia y todo ello tiene sus consecuencias en términos cognitivos.

En este contexto, en el año 2013, la Academia Americana de Pediatría instaló dentro de su agenda de trabajo para el periodo 2014-2015 un plan estratégico para la pobreza y la salud en la infancia (6).

El informe anual del 2014 del Sistema Nacional de Estadísticas sobre Ejecución de la Penal muestra, en consonancia con lo que sucede en algunos países centrales, que la población penitenciaria presenta un aumento sostenido en las últimas décadas (7). La misma creció en los últimos diez años aproximadamente un 30%. En el 2014, eran 69000 las personas privadas de libertad, la mayoría de ellos en calidad de procesados (51%).

Tal como fuera señalado hace una década por Wacquant a lo largo de los siglos los "clientes naturales" de la prisión se han mantenido estables, los pobres, desempleados, con bajo nivel de escolaridad. En Francia, señala Wacquant en 1998 la mitad de las personas encarceladas tenía educación primaria vs. el 3% que había realizado estudios universitarios. En tanto que en Inglaterra el 83% tenían un origen obrero, el 43% había abandonado la escuela antes de los 16 años, más del 25% no tenía trabajo al momento de su detención y el 13% carecía de vivienda (8).

En nuestro medio después de más 3 lustros de lo analizado por Wacquant, los "clientes naturales" de la cárcel mantienen similares características. El 96% son hombres, el 81% no finalizó la escuela secundaria y el 43% tenía un empleo a tiempo completo al momento de su detención (9). Con relación al nivel de instrucción específicamente, el 4% carecía de estudios, el 31% no había finalizado la primaria, el 39% había terminado solo sus estudios básicos, el 17% había accedido a la escuela secundaria de forma incompleta vs. el 2% que había realizado estudios terciarios o universitarios. Con respecto a los niños, niñas y adolescentes en conflicto con la ley penal, los datos sobre el nivel de instrucción se profundizan, donde la población analizada de 20 años o menos privada de libertad, solo el 3% finalizó la escuela secundaria y el 57% carecía de antecedentes penales previo a su detención. Sin embargo, la mayoría de ellos se encontraba asistiendo a la escuela (64%) (9). Estos datos se han mantenido estables desde el año 2000 (10).

En el año 2007, un estudio realizado en España sobre personas con discapacidad en el ámbito penitenciario, puso de manifiesto un incremento en 5 años de la población penitenciaria con alguna discapacidad, de 1.52% en el 2002 a 4.14% en el 2007. En tanto que dentro de esta población la mayoría presenta una discapacidad intelectual (52%) (11). En nuestro medio se carece de estadísticas oficiales sobre el porcentaje de personas con discapacidad en el ámbito carcelario.

La Organización Mundial de la Salud, estimó que el 40% de las personas privadas de libertad en Europa presenta algún grado de discapacidad mental, y presentan 7 veces más probabilidad de suicidio que la población que se encuentra fuera de la prisión (12). Dentro de este colectivo de personas con padecimientos mentales, los que presentan discapacidad intelectual se encuentran dentro de los más abandonados, permaneciendo invisibles.

El encarcelamiento de personas con discapacidad intelectual pone de manifiesto la incapacidad de contener en el ámbito comunitario, social y sanitario, algunas de las demandas que presenta este colectivo vulnerable. La discriminación, la vulnerabilidad, la exclusión social, la privación material y simbólica, la falta de acceso a tratamientos, apoyos, educación específica y basados en la comunidad se presentan como factores que acrecientan el riesgo de encarcelamiento en la persona con discapacidad intelectual.

El abandono, la discriminación, la falta de acceso a una salud integral y a intervenciones sociales adecua-

das en la comunidad, se profundizan mucho más en la prisión. En tal sentido, la falta de acceso al documento nacional de identidad, a un certificado discapacidad, a una pensión, o a un sistema de educación especializada, son algunas de las dificultades que se acrecientan en el medio penitenciario.

Al estudiar en profundidad diferentes variables sociales, educativas, y sanitarias de las personas con discapacidad intelectual que se encuentran en prisión nos encontramos con múltiples factores de exclusión y vulnerabilidad que se presentan todos ellos en forma interrelacionados.

Por todo lo expuesto se presenta como objetivos del presente por un lado describir en forma sumaria el estado actual de las investigaciones sobre las consecuencias cognitivas de la pobreza y por el otro analizar y describir el proceso de invisibilización de las personas con discapacidad intelectual leve en el ámbito penal.

Pobreza y desarrollo cognitivo en la infancia

En las últimas décadas el avance y desarrollo de modernas técnicas de imagen cerebral han permitido un mayor conocimiento sobre cómo funciona el cerebro humano. Tal ha sido el crecimiento sobre la nueva ciencia de la mente que la década de 1990 fue declarada por el presidente George H. W. Bush como "*La Década del Cerebro*"¹ y recientemente, el 2 de abril de 2013 el presidente B. Obama, anunció la creación del proyecto BRAIN (*Brain Research Advancing Innovative Neurotechnologies*) que fue lanzado el 5 de junio de 2014 y del que participan las más importantes instituciones de salud de los EE.UU. Por su parte la Unión Europea también lanzó su proyecto para un mayor conocimiento sobre el cerebro humano, *Human Brain Project*. Las neurociencias han comenzado a influir en diferentes disciplinas, como la educación, la filosofía y el derecho (13).

En esta línea, el estudio del impacto de la pobreza en términos de desarrollo cognitivo no ha sido ajeno al crecimiento del estudio neurocientífico en general. Así, el paradigma epigenético sobre el desarrollo cerebral permite analizar la interacción entre *nature* y *nurture*, entre lo genético y lo ambiental.

En esta acción recíproca y dinámica el sistema nervioso cambia, se modifica, organiza y se adapta a través de sus diferentes componentes y conexiones, generándose así la plasticidad neuronal. Este proceso de crecimiento y maduración cerebral ontogénico, que incluyen mecanismos de "poda sináptica" y reorganización de nuevas conexiones neurales, tiene momentos de máxima organización de diferentes funciones, períodos críticos. Estos períodos críticos se encuentran influenciados en forma muy estrecha a los estímulos ambientales y las experiencias (14). El estudio de estos fue gran interés para el conocimiento de la fisiología de la audición y visión² y,

en los últimos años, la neurociencia cognitiva comenzó a analizar estos períodos en funciones más complejas como, por ejemplo, las funciones ejecutivas.

En esta línea, dada la complejidad de estos procesos y redes neurales involucradas, donde se requiere la participación e integración dinámica de diferentes grupos que procesan diferentes modalidades de información, no puede afirmarse la presencia de un período crítico idéntico al que se da en los sistemas sensoriales por ejemplo, con un tiempo exacto de apertura y cierre, motivo por el cual se los denomina períodos sensibles. En ellos su duración es mayor y sin tendencia a la irreversibilidad. Es decir que la influencia ambiental impacta en funciones complejas, como las ejecutivas y el aprendizaje que tienden a ser modificadas, con oportunidades de reorganización plástica y de aprendizaje (14).

En esta línea la falta conocimiento sobre cómo se produce el desarrollo cognitivo y emocional genera errores conceptuales y esto puede traducirse en términos de políticas públicas. Así, el mito de que el desarrollo cognitivo y emocional tiene un período crítico entre los 3 y 5 años, donde se produciría el cierre y la irreversibilidad del mismo, llevaría a políticas de inversión basadas en el período crítico, es decir los primeros mil días. Sin embargo, las habilidades autorregulatorias, lenguaje y aprendizaje no se rigen en un período crítico sino más bien sensible, motivo por el cual se extienden más allá de los 5 años de edad. La autorregulación, aprendizaje y pensamiento relacionadas con el lóbulo frontal llevan un proceso más prolongado de desarrollo y maduración en comparación con otras áreas (14).

En la actualidad se estima que el lóbulo frontal, especialmente las áreas prefrontales finalizan su crecimiento y maduración entre los 19 y 21 años (15). Es decir, si las políticas de inversión sobre la infancia y pobreza quedarían circunscriptas a los 3 años, dejarían por fuera a niños, niñas y adolescentes pobres entre los 4 y 18 años de edad que continúan su desarrollo cognitivo y emocional, ya que los mismos son procesos con períodos sensibles y no críticos. Es por ello que Lipina y Segretin proponen no desestimar la importancia de los 3 primeros años, sino poner en agenda la importancia del desarrollo continuo de las funciones cognitivas más complejas en aquellos niños que viven en situación de pobreza más allá de los primeros mil días.

Estudios realizados en animales muestran que la plasticidad cerebral se encuentra fuertemente influenciada por el ambiente de crianza. Animales criados en condiciones de enriquecimiento ambiental muestran mejores resultados en tareas de aprendizaje y memoria que aquellos que son criados en ambientes estándar. Los ambientes enriquecidos en juguetes que son cambiados de lugar con frecuencia y en asociación con contactos grupales, favorece la experiencia motora y sensorial, la exploración voluntaria y curiosidad, así como también

¹ President George H. W. Bush. Proclamation, "*Decade of the Brain, 1990-2000, Proclamation 6158*" *Federal Register* 55 1900; 140: 29553.

² Ver los trabajos de David Hunter Hubel, Torsten Nils Wiesel y Roger Wolcott Sperry, ganadores del Premio Nobel de Medicina del año 1981.

promueve las interacciones sociales. Así, los ambientes enriquecidos inducen cambios en la estructura y función del cerebro (16). No resulta prudente extrapolar en forma directa los estudios en animales a los estudios relacionados con el desarrollo cognitivo de los niños. Los estudios sobre la influencia del ambiente en las conexiones y redes neuronales como así también en habilidades y tareas utilizando modelos animales son la puerta de entrada hacia el estudio las posibles estructuras cerebrales involucradas.

Diferentes estudios de investigación muestran la relación entre la pobreza y diferentes alteraciones en el desarrollo infantil, no solo en términos de funciones cognitivas, sino también en términos de desarrollo estructural del cerebro (17).

En esta línea, el estudio del impacto del NSE en el desarrollo cognitivo y emocional de los niños ha cobrado gran interés en la neurociencia cognitiva en las últimas décadas. Dicho interés radica en que las familias provenientes de un NSE alto pueden ofrecer a sus hijos una variedad de bienes y servicios, de actitudes parentales y contactos sociales que potencialmente pueden beneficiarlos, en tanto que las familias con un NSE bajo sin acceso a dichos recursos y experiencias presentarían mayor riesgo de trastornos en su desarrollo infantil (18).

Si bien existen diferentes definiciones sobre qué se entiende por nivel socioeconómico se señalan que el concepto de NSE remite al concepto de capital, tanto humano, como social, físico y financiero. Mientras este último se relaciona con el ingreso familiar, los recursos materiales disponibles, el capital humano se refiere a aquellos recursos no materiales, como por ejemplo la educación, y en tanto que el capital social a las relaciones entre los individuos y su comunidad (18, 19).

Así, el NSE no se remite solo al análisis del nivel de ingreso económico familiar, capital financiero, sino que implica una definición más amplia, el análisis de la privación social, material y simbólico. En esta línea, puede señalarse que los niños que provienen de hogares con bajo NSE presentan mayor probabilidad de experimentar bajo peso al nacer, retraso de crecimiento intrauterino, retraso de crecimiento, prematuridad, discapacidad, malformaciones, síndrome alcohólico fetal. Estos problemas se interrelacionan con la falta de cuidados prenatales, la mala alimentación durante el embarazo, el consumo de alcohol y drogas de la madre y vivir en un ambiente expuesto a los tóxicos ambientales (p. ej., plomo) (17). Dentro del estudio del impacto de la pobreza en el desarrollo cognitivo y sus factores mediadores se han asociado, los controles peri y postnatales, la nutrición, el ambiente del hogar y la estimulación, las interacciones entre los padres y los niños, la salud mental de los padres, el estilo parental y los recursos sociales y materiales de la comunidad (14).

Definir la pobreza y el NSE, es complejo y dependerá de la construcción teórica que se tome, las variables a analizar. Es decir la definición sobre qué es la pobreza y cómo medirse afectará los resultados hallados en la población. Tal como se ha señalado una mirada localizada en el nivel de ingreso familiar, será diferente a una

aproximación desde un paradigma de derechos humanos, donde la falta de acceso a algún derecho consagrado, implicará una privación.

Cuando se analizan los trabajos neurocientíficos sobre la pobreza en la infancia y su impacto en el desarrollo cognitivo se encuentra que los mismos estudian diferentes variables más allá del nivel de ingreso familiar, como el nivel de educación alcanzado por los padres, su nivel de empleo, sus condiciones de vivienda y ambiente, como por ejemplo la exposición a tóxicos ambientales.

Si bien el estudio y análisis de estas variables permitiría hablar de entornos más o menos estimulantes para un desarrollo cognitivo adecuado, no debe afirmarse que aquellos niños que crecen en entornos socioeconómicos favorables son mejores que aquellos que lo hacen en ambientes desfavorables, toda vez que en algunas familias con buenos indicadores de NSE presentan falta de recursos para comprender las necesidades de sus hijos (20).

Tal como se ha señalado, el NSE implica algo más que una mirada sobre los recursos financieros que presenta una familia, su nivel de ingreso. Los niños que viven en situación de pobreza presentan menor estimulación cognitiva en comparación con niños que con alto NSE. Los padres que presentan bajos ingresos dialogan con sus hijos pequeños con menor frecuencia, con un lenguaje menos complejo y presentan una menor tendencia a realizar con sus hijos tareas de lectura o visitas a museos o bibliotecas, en comparación con familias de ingreso medio (21). En esta línea, las familias de menos ingresos presentan espacios de juego más pequeños, con menores recursos para la estimulación del aprendizaje y recreación como libros de cuentos, juguetes apropiados para la edad, o acceso a una computadora en el hogar o acceso a internet (22).

Tal como lo señalan Bradley y Crowyn existen numerosos estudios que demuestran que la pobreza y el bajo nivel educativo de los padres se asocia con menor rendimiento escolar y menor CI en la infancia (18). Así, ya desde la década del 1960, las investigaciones señalan una brecha en términos de CI entre los niños que provienen de un NES alto en comparación con los que lo hacen de uno bajo.

La privación material y el estrés son factores ambientales que se han asociado al desarrollo cognitivo relacionado con el NSE. Si bien los niños que provienen de NSE más ventajoso también pueden presentar una falta de estimulación cognitiva y altos niveles del estrés, los niños en situaciones de pobreza presenta mayores adversidades y menores recursos para hacer frente a la mismas. La pobreza durante la infancia temprana implica un riesgo acumulativo de exposición a situaciones de privación y carencias, como así también situaciones de estrés que presentan un mayor impacto en términos de desarrollo cognitivo que una única exposición (24). Igualmente, las consecuencias de la exposición sostenida a la pobreza puede tener consecuencias perdurables a lo largo de todo el ciclo vital de una persona, pero debe tenerse presente que la misma puede afectar en cualquiera de sus etapas (25).

La crianza en situación pobreza implica que los padres tienen menor acceso a recursos y herramientas

necesarios para la estimulación cognitiva en sus hogares (20, 26). Así, el estrés propio de vivir con bajos ingresos tiene costos en las relaciones familiares y de pareja, como así también mayor predisposición a depresión, circunstancias que también impactan en los niños.

Los menores ingresos y la privación material de la pobreza implican que los padres tienen menos recursos financieros para destinar en la inversión en juguetes, libros, a un computadora, o acceso a internet en el hogar como así tengan más tiempo y de mayor calidad para destinar a actividades como visitar un museo, una biblioteca, generar actividades extracurriculares, como por ejemplo realizar actividades deportivas o artísticas (21). Es decir, presentan menores oportunidades de estimulación cognitiva en sus hogares.

Los niños comienzan la adquisición del lenguaje, el vocabulario y la comprensión del mismo, a partir de la interacción temprana con sus cuidadores. Existe una importante correlación entre el desarrollo, crecimiento del vocabulario y lenguaje en los niños y la cantidad de palabras y calidad del lenguaje que estos escuchan de parte de sus cuidadores. Los niños que escuchan mayor cantidad de expresiones y un vocabulario diverso en sus interacciones diarias, aprenden más rápido y mayor cantidad de palabras que aquellos que escuchan menor cantidad y calidad y que reciben lenguaje más directivo (27). Por otra parte, diferentes estudios sugieren que existe una relación entre la comunicación y el lenguaje y el NSE. Los niños que provienen de un NSE bajo, presentan una exposición menor a conversaciones y palabras como así también un lenguaje menos complejo y más directivo que aquellos que provienen de NSE alto (20, 28).

En resumen, el desarrollo cognitivo durante la infancia se encontraría asociado con el NSE, la estimulación, la escolaridad y otros factores relacionados con la pobreza como la malnutrición, el estrés y la exposición a tóxicos ambientales (29).

En la etapa prenatal y durante los primeros 2 años de la infancia se produce un gran crecimiento y expansión de las redes neuronales, motivo por el cual existe una gran vulnerabilidad a los déficit nutricionales (30). Se estima que a los 2 años el cerebro pesa aproximadamente el 80% del peso adulto. Durante la adolescencia se produce una importante reorganización y maduración en áreas críticas como la corteza prefrontal (15).

La pobreza atenta contra el bienestar físico, emocional y cognitivo de los niños y sus familias debido a los riesgos ambientales y sociales acumulativos que presentan (31). El bajo NSE se ha asociado a mayores niveles de exposición, en términos de frecuencia e intensidad a situaciones potencialmente amenazantes y perjudiciales, con eventos negativos, situaciones crónicas de estrés y menores situaciones beneficiosas y gratificantes (5).

Los niños que provienen de condiciones socioeconómicas desfavorables, son más propensos a experimentar situaciones de estrés durante su desarrollo, como hacinamiento, conflictos familiares, situaciones de violencia en su comunidad, mayor nivel de incertidumbre. Todo ello puede acarrear emociones negativas como angustia, ira y depresión. Estas situaciones de estrés crónico tienen

impacto en el cerebro, con cambios estructurales y funcionales en diferentes áreas, como la corteza prefrontal, la amígdala y el hipocampo (32). El estrés crónico afecta el eje hipotálamo-hipofiso-adrenal con mayor o menor activación dependiendo del tiempo, duración, severidad del estresor, las experiencias previas y la predisposición genética (20).

Desde el punto de vista epigenético la exposición a situaciones altamente estresantes durante la infancia pueden producir cambios moleculares perdurables con predisposición hacia cuadros psicopatológicos (33). Estudios realizados en animales muestran modificaciones epigenéticas en el circuito del estrés relacionadas con conductas de cuidado materno. Por ejemplo, en roedores las conductas relacionadas con el cuidado temprano de las crías, estímulos táctiles a partir de lamerlas, parece ser un estímulo ambiental crítico para la regulación del receptor para glucocorticoides (GR) en el hipocampo (34).

Recientes estudios señalan que la exposición a contaminación y toxinas ambientales interaccionan con otros factores de estrés. Vivir en la pobreza, tal como se ha señalado, implica una exposición crónica y sostenida a una amplia gama de situaciones desfavorables y de estrés, y ello modifica el riesgo de efectos negativos de los tóxicos ambientales. La exposición a factores psicosociales de estrés y la contaminación con plomo se ha asociado a trastornos cognitivos (35).

La propuesta actual es que en situación de pobreza los factores que actúan en forma sinérgica, no siendo siempre posible poder estudiar los efectos sobre la cognición de cada uno de ellos en forma separada y aislada, toda vez que la mayoría de los niños presenta más de un factor de privación y carencia y de exposición a situaciones negativas. En esta línea, existiría una interrelación entre los factores psicosociales de estrés y los agentes tóxicos o mismo una interacción entre diferentes variables como por ejemplo la malnutrición y la exposición a tóxicos ambientales (35). Así, la anemia asociada al déficit de hierro incrementa los niveles de absorción de plomo en el intestino (36).

El período prenatal y la infancia son especialmente vulnerables a los efectos neurotóxicos del plomo. Estos niños, aún con niveles bajos de plomo circulante, presentan problemas de atención y de conducta, son más hiperactivos, más irritables. Con niveles más altos de plomo se produce retraso en el crecimiento, menor nivel de inteligencia, alteraciones en la memoria y disminución de la audición. Niveles graves de intoxicación pueden producir daños cerebrales permanentes y muerte (37). También se ha descrito una neuropatía periférica. Sin embargo debe resaltarse que el plomo afecta a todo el organismo en su conjunto con efectos nivel cardiovascular, del hueso, del aparato reproductivo, del riñón, del sistema hematopoyético (37).

Los efectos de la pobreza en la estructura y función cerebral

Estudios volumétricos recientes sobre la estructura cerebral encontraron variaciones en el grosor cortical del hipocampo, amígdala, corteza prefrontal, y región tém-

poro-occipital. Se ha descripto una correlación entre la educación de los padres y la superficie total del cerebro, indicando que a mayor educación de los padres, se asociaba a un incremento similar en la superficie durante la niñez y la adolescencia (26, 30, 40). Diferencias en la estimulación del lenguaje en el hogar, en términos de cantidad y calidad de vocabulario utilizado, se ha asociado a diferencias en las regiones relacionadas con el lenguaje del hemisferio izquierdo (17).

El hipocampo y la amígdala son áreas sensibles al estrés, motivo por el cual se asoció que niveles altos de exposición a los glucocorticoides afectan dichas regiones. En esta línea se ha reportado que el NSE impacta en el tamaño de dichas regiones. Así, niños que provienen de un alto NSE presentan mayor tamaño del hipocampo y dichas alteraciones permanecerían estables a lo largo de varias décadas, aún cuando las circunstancias socioeconómicas fuesen modificadas (20). Estudios longitudinales muestran que los factores ambientales como el estrés, una crianza hostil y con menor apoyo, un bajo nivel de ingreso familiar pueden relacionarse con un tamaño pequeño del hipocampo, que se mantiene estable en el tiempo (20). En tanto que los estudios sobre el volumen de la amígdala no resultan concluyentes. El estrés crónico presenta un rol importante en la regulación de la actividad de la amígdala en niños que presentan situaciones desventajosas (20).

En la actualidad existe un importante nivel de evidencia que correlaciona el NSE con tareas relacionadas con el sistema prefrontal-ejecutivo, siendo este sistema uno de los más vulnerables la situación de pobreza (14). La privación material y la falta de estimulación cognitiva parecen contribuir a las alteraciones en las funciones ejecutivas relacionadas con la corteza prefrontal. La menor complejidad del lenguaje utilizado parecería ser un factor mediador entre estas alteraciones y el NSE. Así tareas relacionados con la memoria de trabajo, control inhibitorio, tareas de planificación no sólo se encuentran relacionadas con la educación materna, el empleo, sino también el acceso a libros, la lectura de cuentos infantiles, el uso de computadoras (14). De la misma forma, la evidencia actual señala que el tamaño de la corteza prefrontal se encuentra relacionado con factores ambientales como las carencias materiales, un estilo de crianza negativo, situaciones de estrés (14).

Tal como se ha señalado todos estos factores actúan en la pobreza en forma sinérgica, así adolescentes que han presentado un acumulación de factores estrés durante su infancia presentaron menor tamaño de la corteza prefrontal y peores resultados en pruebas de funciones ejecutivas (35). En un reciente estudio se describió que la exposición a situaciones de pobreza durante la infancia se correlacionaba con disminución de corteza fronto-orbitaria en jóvenes adultos, y ello puede relacionarse con trastornos de conducta (38).

Personas con discapacidad intelectual leve en el ámbito penal. Una mirada crítica

En el ámbito jurídico existe una discrepancia discursiva entre el fuero penal y el civil de familia. En este últi-

mo a través de la Ley Nacional de Salud Mental (Ley nro. 26657) y del Código Civil y Comercial de la Nación se han incorporados nuevas miradas y perspectivas basadas en derechos humanos sobre las personas con discapacidad mental, sobre las adicciones, la capacidad de las personas con padecimientos mentales y las capacidades progresivas de los adolescentes. Es decir, las modernas legislaciones en términos civiles se encuentran en consonancia con el paradigma actual de Derechos Humanos (DDHH) resaltado en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CPCD) (39). Sin embargo, en el sistema penal conceptos como *enajenación*, *alineación mental*, *idiocia*, *imbecilia*, *torpeza mental*, *infradotado*, pueden hallarse en la actualidad en diferentes textos específicos de la temática y en la práctica cotidiana del poder penal.

En contraposición a ello, las adicciones, los trastornos de la personalidad, las patologías del control de los impulsos, la discapacidad intelectual leve, parecerían no formar parte de la psicopatología cuando uno se adentra en la administración de justicia en el fuero penal.

En tal sentido, el concepto de alteración morbosa que hace referencia el art. 34 inc. 1, continua siendo restringido únicamente a los cuadros de alienación o enajenación mental. A modo de ejemplo puede destacarse: "...morbo-so...significa para el psiquiatra enajenación mental adquirida..." o "...si hay demencia no hay crimen. Y existen muchos estado mente sus significan demencia (enajenación)" (40, 41). Asimismo en el foro pueden encontrarse las siguientes afirmaciones: "...las facultades mentales no alcanzan el carácter alienante como las exige el Código Penal"; "se solicita se determine si reviste el carácter de enajenado".

Algo similar sucede en torno al grupo de las insuficiencias de las facultades que también suelen restringirse en forma arbitraria a los cuadros moderados o graves del retraso mental. Por ejemplo: "están aquí todos las enfermedades englobadas dentro de los retardos mentales moderados (antes imbecilidad), graves y profundos (antes idiocia)", dejando por fuera a los cuadros leves: "No incluye el retardo mental leve u oligofrenia leve (antes debilidad mental)..." (40).

No es objeto del presente analizar la imputabilidad de las personas con discapacidad intelectual, sino el proceso de normalización que se lleva adelante dentro del sistema penal en el que confluyen interpretaciones restrictivas y sesgadas que conllevan a la invisibilización de las personas con discapacidad en el ámbito penal.

Si bien en nuestro medio y de manera similar a lo que sucede en la mayor parte de los países de Latinoamérica el legislador optó por una fórmula mixta de inimputabilidad, el texto del art. 34 inc. 1 es con frecuencia desposeído de su riqueza y reinterpretado como si la culpabilidad se redujera a únicamente una variable psiquiátrica (si hay demencia no hay crimen), de la misma forma que lo realizaba el antiguo Código Penal Francés (42).

En la fórmula mixta inimputabilidad se presenta una interrelación indivisible entre las causas psiquiátricas (alteración morbosa, insuficiencias de las facultades, estados de inconsciencia), las consecuencias psicológicas (incapacidad para comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones) y la valoración jurídica.

Es decir, la concepción mixta de la inimputabilidad no se agota en la presencia de una alteración psicopatológica. La enfermedad mental no lleva *per se* a la inimputabilidad, sino que se requiere que la misma haya impedido la capacidad para comprender o dirigir sus acciones en momento puntual para una acción determinada, empero todo ello debe ser valorado por el juez.

Sin embargo, la concepción alienista sobre la inimputabilidad continua vigente, tanto en la cátedra como en el foro. Ello conlleva a no pocas situaciones conflictivas, toda vez que los estándares de enfermedad mental se modifican y transforman según las demandas del sistema jurídico que las solicite.

A modo de ejemplo, en la actualidad y en forma similar a lo que sucedía con el viejo Código Civil, el juez en caso de que estime que en el ejercicio pleno de su capacidad puede resultar un daño a su persona o a sus bienes puede restringir la misma en sujetos que presenten una adicción (art. 32 del Código Civil). Sin embargo, cuando el mismo cuadro psicopatológico entra en escena dentro del sistema penal, la adicción ya no forma parte del amplio campo de las enfermedades mentales, sino que pasa a ser parte de la denominada normalidad psico-jurídica, únicamente por no presentar un cuadro de alienación mental. En esta línea, nos encontramos frente a un sujeto que presenta su capacidad civil restringida como consecuencia de una adicción, pero cuando ingresa al sistema penal, se transforma en sujeto normal, por el simple hecho de no ser alienado.

Si bien se está de acuerdo que las necesidades pueden ser diferentes según el ámbito en el que se encuentre, el sujeto es el mismo, y si está enfermo en el ámbito civil, lo debería estar para el ámbito penal, sino caeríamos en la cuenta de que existen diferentes criterios para definir una enfermedad que se encontrarían por fuera de los criterios médicos y científicos. Esto no implica bajo ningún concepto afirmar, por ejemplo, que todas las personas con un consumo problemático de sustancias que cometen un delito deban ser declaradas inimputables, ya que tal como se ha señalado en párrafos previos, inferir que una enfermedad mental, en este caso la adicción, lleva *per se* a la inimputabilidad es reducir y transformar nuestra fórmula mixta de inimputabilidad en una fórmula biológica.

De forma similar a lo que sucede con las adicciones, en los casos de discapacidad intelectual, los nuevos paradigmas e investigaciones realizadas en los últimos años en esta área parecen no ser aceptadas por el poder penal. Esto trae aparejado un proceso de normalización e invisibilización de las personas con discapacidad intelectual que se encuentran dentro del sistema jurídico penal, con el agravante de que muchas de ellas se encuentran privadas de libertad.

A fines del año 2006 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la CPCD y su protocolo facultativo. En el año 2008 la Argentina aprobó dicha convención transformándola en parte de su legislación. La CPCD genera un cambio de paradigma en términos de derechos humanos y discapacidad.

La CPCD define a las personas con discapacidad (PCD) como aquellas que presentan una deficiencia físi-

ca, mental, intelectual. Sin embargo, la Convención gira desde el eje del modelo médico de la discapacidad, basado únicamente en la rehabilitación y en la deficiencia, hacia el modelo basado en derechos humanos, donde son las barreras con las que se encuentran las PCD las que les impiden su participación plena en la sociedad en igualdad de condiciones.

En esta línea, en los últimos años la nomenclatura y los criterios diagnósticos con relación a la discapacidad intelectual se han ido modificando en el Manual de Diagnóstico de las Enfermedades Mentales (DSM), se pasó desde la deficiencia mental, retraso mental (DSM-IV), a la nomenclatura actual propuesta de discapacidad intelectual/trastorno del desarrollo intelectual (DSM-5). Con relación a los criterios diagnósticos en la actualidad hace hincapié en el déficit de funciones intelectuales como razonamiento, planificación, resolución de problemas, juicio, pensamiento abstracto, en el déficit en el funcionamiento y propone 3 dominios para su evaluación, el académico, el social y el práctico y deja de resaltar el CI como la única variable para realizar el diagnóstico y su estratificación.

Siguiendo esta dirección, en los EE.UU. en el año 2010 se promulgó la ley Rosa (*Rosa's Law*) (44), en referencia a Rosa Marcellino, que reemplaza la terminología utilizada en diferentes documentos estatales, leyes federales, relacionadas con educación, salud, entre otras temáticas, donde se hacía referencia al retraso mental. La terminología adoptada fue la de la discapacidad intelectual y se cambió el uso en dichos textos de *personas mentalmente retrasadas a individuos con una discapacidad intelectual* (44). El cambio en la nomenclatura refleja un cambio de paradigma y del constructo sobre la discapacidad, además de ser menos estigmatizante y menos ofensivo. En tal sentido, Schalock, Luckasson y Shogren señalan que tales cambios implican la importancia de la interrelación entre el sujeto y el ambiente, de los apoyos para enriquecer el funcionamiento autónomo e individual (46).

Tal como se ha señalado previamente, el sistema jurídico penal se ha mostrado poco permeable al cambio de paradigma sobre la discapacidad intelectual, tanto en cuestiones relacionadas con la terminología como en términos conceptuales.

Entonces, muchos informes psicológicos y psiquiátricos forenses no se refieren al concepto de discapacidad intelectual. Se describen términos como estructura psíquica lábil, inmadurez emocional, déficit madurativo, organización psíquica precaria, descenso en funciones cognitivas con funciones psíquicas superiores conservadas, personalidad frágilmente estructurada. Surgiendo sólo el diagnóstico de retraso mental, cuando se trata de cuadros moderados a graves, no así diagnósticos de discapacidad intelectual leve, los que suelen ser con extrema frecuencia no diagnosticados, formando parte del constructo artificial de la normalidad psico-jurídica.

Asimismo, existe una tendencia a analizar de forma independiente los factores de vulnerabilidad psicosocial, como el abandono durante la infancia, la pobreza, las situaciones de maltrato infantil, el consumo de drogas y alteraciones intelectuales.

Todo ello finaliza en un proceso de normalización de las personas con discapacidad intelectual leve con la consiguiente invisibilización de este colectivo vulnerable y que en definitiva habilitará la puesta en marcha de la maquinaria punitiva en pleno.

Así, aun en los casos que se describen alteraciones cognitivas e intelectuales de grado leve, predominan interpretaciones restrictivas y sesgadas, en las que se concluye se trata de sujetos con sus facultades psíquicas que encuentran en la normalidad. En algunos de estos casos los sujetos presentan una capacidad restringida en el fuero civil, en otros casos tienen su certificado de discapacidad o han asistido a un escuela de educación especial como consecuencia de su discapacidad intelectual.

Este proceso de normalización de la discapacidad intelectual en el ámbito penal tiene su origen en la escuela alienista y su interpretación de la inimputabilidad. En tal sentido, y en consonancia con lo ya señalado en párrafos previos, para esta escuela ampliamente influyente, aún en la actualidad, la presencia de determinados padecimientos mentales -alienantes- llevan sin más a la incapacidad para la comprensión y así a la inimputabilidad. En esta línea señala Zazzali: "*Hay ausencia de capacidad para entender y para decidir en (...) los retardos mentales moderados, graves y profundos.*" (41).

La escuela alienista señala que la enfermedad mental lleva *per se* a la inimputabilidad, motivo por cual restringe y retacea *a priori* qué se entiende por alteración morbosa o insuficiencias de las factuales del art. 34 inc. 1. Es decir, la presencia de un cuadro de insuficiencia acarrea a la inimputabilidad *per se*, motivo por el cual se interpreta en forma arbitraria el texto para concluir que la insuficiencia de las facultades solo hace referencia a los cuadros moderados o graves de discapacidad intelectual, ya que una mirada amplia -donde bajo ese grupo entren todos los niveles de discapacidad intelectual- llevaría a la inimputabilidad de todos los sujetos con discapacidad intelectual de grado leve. Así, la escuela alienista se esfuerza por realizar una definición artificial sobre qué es la enfermedad mental en el ámbito penal y transforma a sujetos con discapacidad intelectual leve, en sujetos normales, por fuera de la insuficiencia de las facultades. Toda vez que para esta escuela, como se se ha señalado, la presencia de una insuficiencia llevaría a una situación de inimputabilidad.

Este proceso de normalización de las personas con discapacidad intelectual leve no se realiza de manera azarosa o casual sino que proviene y forma parte un discurso, el que aplica técnicas específicas y especializadas. Un discurso con *status* científico, toda vez que los mismos son formulados por personas calificadas. Tal como lo señala Foucault, estos discursos presentan determinadas propiedades no menores, ya que tienen el poder de determinar en forma directa o indirecta un fallo judicial y en algunos casos estos últimos pueden ser la diferencia entre la vida y la muerte, tal como sucede en EE.UU. con la pena muerte. Asimismo estos discursos en tanto son discursos realizados por expertos, presentan un *status* científico a los cuales el sistema judiciales asigna un *status* de verdad. El autor francés avanza en su fuerte crítica

a las pericias psiquiátricas y las califica de "*grotescas*", por el hecho de poseer por su *status* efectos de poder de los que su calidad intrínseca debería privarlo (46).

Así este proceso finaliza en la invisibilización de las personas con discapacidad intelectual leve en el ámbito penal. Es decir, que la falta de diagnóstico adecuado en el ámbito judicial, opera como una omisión de este colectivo vulnerable y minoritario, y a partir de ello se le privará del acceso a sistemas de apoyo y contención específicos de acuerdo a la discapacidad que presentan.

En definitiva, todo ello finalizará en una discriminación de tipo indirecta. Toda vez que brindar un trato igual a personas desiguales, en este caso una PCD intelectual que se encuentra privada de libertad en una cárcel y una que no presenta discapacidad, reproducirá la falta de acceso adecuado a intervenciones específicas, por ejemplo, no estar expuesto a situaciones violencia como consecuencia de su mayor vulnerabilidad, o acceso a una educación adecuada y especializada. Es decir, la invisibilización mantendrá la desigualdad por su condición de PCD y ello constituye una barrera para el acceso a sus derechos.

Tal como se ha señalado, no se trata de afirmar que las personas con discapacidad intelectual leve sean declaradas inimputables por el mero hecho de presentar dicha discapacidad, situación que deberá ser analizada en cada caso y sin interpretaciones *a priori*, sino que la pertinencia de un diagnóstico adecuado obligaría al Estado a reconocer su *status* de PCD y responder así según los estándares de la CPCD.

Esta Convención prevé, en su artículo 14, la realización de ajustes razonables para aquellas PCD que se encuentren privadas de libertad en razón de un proceso. Asimismo, las recientes *Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos* (reglas de Mandela) en su Regla nro. 2, señala que con el objetivo de no discriminar, las administraciones penitenciarias deben tener en cuenta las necesidades individuales en particular de aquellas que forman parte de colectivos vulnerables y se deberán tomar medidas de protección y promoción de derechos de las personas privadas de libertad con necesidades especiales y las mismas no se considerarán discriminatorias (47). Las Naciones Unidas destacaron un apartado especial para las PCD privadas de libertad o con enfermedades mentales en su Regla nro. 109; en su inciso nro. 1 señala que aquellas PCD o con enfermedad mental grave cuyo estado pudiera agravarse en prisión, se procurará su traslado a un centro de salud; en tanto que un inciso 2, destaca que en los otros casos podrán ser observados y tratados en centro especializados bajo la supervisión de profesionales especializados.

En otras palabras, la problemática de las PCD intelectual excede la discusión sobre su culpabilidad. El proceso de normalización que se habilitará para poner en funcionamiento la maquinaria punitiva, conlleva a la invisibilización de este colectivo vulnerable y enmascara un proceso de discriminación indirecta por parte del Estado, que no le brinda un acceso adecuado a los ajustes razonables para el ejercicio pleno de sus derechos humanos.

Consideraciones finales

Se estima que Argentina que el 31.7% de los niños es pobre. Esto representa aproximadamente 4 millones de niños y niñas (4).

El NSE presenta una fuerte correlación con los niveles de bienestar en salud en diferentes etapas de la vida, siendo la niñez una de las más sensibles. Las personas con menor nivel de escolaridad tienen menor probabilidad de acceder a empleos calificados, seguros y estables y a su vez menores ingresos. El crecimiento y desarrollo de los niños y niñas se encuentra íntimamente relacionado con el medio ambiente en el que se desarrollan. Así, diferentes factores ambientales y biológicos pueden afectar en forma positiva o negativa dicho desarrollo desde etapas prenatales. El impacto de dichos factores dependerá de la etapa del desarrollo, duración, tipo factor involucrado y la vulnerabilidad individual. El contexto ambiental, las relaciones sociales, las experiencias tempranas, la falta de micronutrientes y la exposición a mayores niveles de exposición a tóxicos ambientales, a situaciones de estrés y violencia tendrá consecuencias en términos de su desarrollo cognitiva e intelectual.

Vivir en un contexto de pobreza implica la exposición a una amplia gama de privaciones y exposición a experiencias negativas. En muchos casos la pobreza forma parte un círculo que se transmite de una generación a otra. En tal sentido, las mujeres embarazadas en contextos de pobreza tienen más probabilidades de presentar malnutrición, falta de controles prenatales con actividades de prevención, como vacunas, suplementos de ácido fólico, hierro y vitaminas y exposición a contaminantes ambientales motivo por el cual pueden presentar partos prematuros, bajo peso al nacer, malformaciones, etc.

Dado que la pobreza forma parte de un ciclo que suele perpetuarse a lo largo de generaciones, los niños también se encuentran expuestos a privaciones materiales, simbólicas, a menor estimulación, a falta de cuidados en salud integrales, exposición a tóxicos ambientales, a situaciones de violencia y altos niveles de estrés derivados de la pobreza. Si se tiene en cuenta que el niño se va desarrollar en condiciones de privación y exposición similares, es dable esperar que aquellas alteraciones a nivel del sistema nervioso central, que comenzaron en etapas prenatales, se intensifiquen en el desarrollo postnatal, ya que en general la pobreza implican la actuación de factores de privación que interactúan en forma sinérgica. A la exposición a tóxicos ambientales se adiciona la falta de una vivienda adecuada, hacinamiento, falta de agua potable, exposición a diferentes formas de violencia y maltrato. Ya se ha mencionado que la pobreza y el bajo nivel educativo de los padres al igual que el NSE se asocian con menor rendimiento escolar y menor CI en la infancia (18, 23).

En esta línea, investigaciones realizadas en neurociencia cognitiva muestran que la pobreza impacta en el desarrollo cognitivo de la infancia, afectando la estructura y función del cerebro, con alteraciones en varios dominios cognitivos y un menor rendimiento intelectual, medido en pruebas de inteligencia (p. ej., CI) (22, 48, 49, 50, 51, 52).

Como se ha señalado si bien la discapacidad puede presentarse en forma independiente al NSE, la pobreza y la discapacidad pueden encontrarse interrelacionadas, ya que la primera puede aumentar el riesgo de discapacidad o ser una consecuencia de la otra (53).

Cuando se analiza el fenómeno de la prisión se encuentra por lado un crecimiento exponencial de la población penitenciaria, pero siempre con el mismo elenco estable. En palabras de Wacquant, a lo largo de los siglos los "*clientes naturales*" de la prisión son los pobres, desempleados, con bajo nivel de escolaridad. Este fenómeno no puede interpretarse sin tener en cuenta el proceso de criminalización secundaria, a partir del cual las agencias estatales de criminalización realizan una selección, una clasificación de qué delitos y qué sujetos serán criminalizados (54). Dado que presenta una capacidad operativa limitada serán seleccionados los hechos burdos, groseros, la obra tosca de la criminalidad en palabras de Zaffaroni (54). Por su parte Wacquant se referirá a la *excavación selectiva* de la policía, los tribunales y las cárceles que estará destinada a la selección de aquellas categorías de sujetos problemáticos, sin detenerse en otras formas de delito como los de " *cuello blanco*" (56). En esta línea debe tenerse presente que la relación entre la cárcel y la pobreza, no puede ser analizada sin tener en cuenta estos fenómenos, la criminalización secundaria, donde no es la pobreza la que lleva a mayor criminalidad sino que los delitos que cometen los pobres con bajo nivel de escolaridad son las más fácilmente criminalizables, por su carácter rudimentario, tosco y bordo, frente a la mirada de todos, en contraposición con otro tipo de criminalidad mucho más compleja en términos de investigación y de relaciones con el poder, como la delincuencia económica. Como lo señala Wacquant, parafraseando a Bruno Aubusson de Cavarlay: "*La multa es burguesa o pequeño burguesa, la prisión en suspenso es popular, la prisión efectiva es subproletaria*" (8).

Según estadísticas actuales sobre la población penitenciaria en nuestro medio, lo expuesto sobre quienes son "*clientes naturales*" de las prisiones puede aplicarse sin mayores dificultades, pobres, desempleados, con bajo nivel de escolaridad.

No existen estadísticas oficiales nacionales sobre la discapacidad en las cárceles. Sin embargo, un estudio realizado en España (11), mostró un crecimiento de la población con discapacidad en prisión, siendo la discapacidad intelectual la más frecuente. En tanto que la Organización Mundial de la Salud, estimó que el 40% de las personas privadas de libertad en Europa presenta algún grado de discapacidad mental (12). En tanto que en EE.UU. se estima que aproximadamente el 20% de las personas privadas de libertad presenta alguna discapacidad cognitiva -entendida esta en términos amplios de algún padecimiento mental-.

Sin embargo, en la mayoría de los casos la discapacidad intelectual leve se mantiene invisible dentro del sistema penal. Así, el encarcelamiento de personas con discapacidad intelectual pone de manifiesto la incapacidad de contener en el ámbito comunitario, social y sanitario, algunas de las demandas que presenta este colectivo

vulnerable. Como lo señala Wacquant, “*la penalización funciona como una técnica para la invisibilización de los problemas sociales que el Estado, como palanca burocrática de la voluntad colectiva, ya no puede o no quiere tratar desde sus causas y la cárcel actúa como un contenedor judicial donde se arrojan los desechos humanos de la sociedad de mercado*” (55).

Este proceso de invisibilización que describe el autor en el caso de las personas con discapacidad intelectual leve requerirá de un proceso previo de normalización donde las limitaciones intelectuales y alteraciones cognitivas la mayoría de ellas como consecuencia directa de los efectos de la pobreza, sean reformuladas en términos de déficit madurativo, precariedad psíquica, personalidad frágilmente estructura, como consecuencias de falta de estimulación socio-educativa, todo ello enmarcable dentro de la normalidad psico-jurídica.

Así, el proceso de normalización y falta de diagnóstico adecuado en el ámbito judicial, operará como una omisión de este colectivo vulnerable y minoritario, y a partir de ello le privará del acceso a sistemas de apoyo y contención específicos de acuerdo a la discapacidad que presenta. Debe tenerse presente que las PCD en el medio penitenciarios son doblemente vulnerables, por su discapacidad y por su situación de privación de libertad (56).

En esta línea, en un fallo reciente del ámbito de la ejecución de la pena del Poder Judicial de la Pcia. de Córdoba se decidió la concesión de la prisión domiciliaria de una PCD intelectual leve, teniendo en cuenta la doble condición de vulnerabilidad y falta de acceso a intervenciones específicas y adecuadas dentro de la prisión (57).

Ello a la luz de la CPCD finalizará en un tipo discriminación de tipo indirecta por parte del Estado toda vez que la PCD intelectual no pueda acceder a intervenciones específicas, encontrándose dentro de la prisión en una situación de mayor vulnerabilidad como consecuencia de su condición.

A modo de conclusión puede señalarse que la invisibilización de las PCD intelectual leve en el medio penal y penitenciario, perpetúa las desigualdades y constituye una barrera para el acceso a sus derechos. Todo ello a pesar que la Argentina incluyó la CPCD dentro de su *corpus* legal y adhirió en forma muy reciente a las *Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos*, donde se explicita el trato específico que debe brindarse a los colectivos vulnerables con necesidades especiales y dentro de ello a las personas con discapacidad con el objetivo de que no se agraven sus condiciones de su privación de libertad y la misma se transforme en un trato indigno, cruel e inhumano ■

Referencias bibliográficas

1. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La pobreza infantil: un desafío prioritario. Desafíos. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio; 2010.
2. Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. Censo Nacional de Hogares, Población y Vivienda; 2010.
3. Tuñón I, Poy S, Coll A. Pobreza infantil en las ciudades de la Argentina 2010-2014: Diferentes mediciones de la pobreza infantil y una propuesta multidimensional desde un enfoque de derechos. Buenos Aires: Educa; 2015.
4. UNICEF. (2016). *Bienestar y pobreza en niños, niñas y adolescentes*. Buenos Aires: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
5. Matthews KA, Gallo LC, Taylor SE. Are psychosocial factors mediators of socioeconomic status and health connections? *Ann N Y Acad Sci* 2010; 1186 (1), 146-73.
6. American Academy of Pediatrics. Agenda for children-strategic plan poverty and child health 2014-2015 [Internet]. Available in: <https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/aap-facts/AAP-Agenda-for-Children-Strategic-Plan/Pages/AAP-Agenda-for-Children-Strategic-Plan-Poverty-Child-Health.aspx?>
7. Dirección Nacional de Política Criminal. Sistema nacional de estadísticas de ejecución de la pena. Informe anual [Internet]. 2014. Disponible en: http://www.jus.gob.ar/media/3074134/informe_sneep_argentina_2014.pdf.
8. Wacquant L. Las cárceles de la miseria. Buenos Aires: Manantial; 2004.
9. Dirección Nacional de Política Criminal. Informe relevamiento sobre niños, niñas y adolescentes en conflicto con la ley penal [Internet]. 2014. Disponible en: <http://www.jus.gob.ar/media/3128503/TotalesGeneralesMenores2014.pdf>.

10. Kessler G. Sociología del delito amateur. Buenos Aires: Paidós; 2006.
11. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad. Las personas con discapacidad en el medio penitenciario en España. Madrid: Cinca; 2008.
12. United Nations Office on Drugs and Crime. Handbook on prisoners with special needs. New York: United Nations; 2009.
13. Mercurio E. Neurociencias y derecho penal: nuevas perspectivas para viejos problemas. *Vertex* 2009; 20 (83), 62-70.
14. Lipina S, Segretin MS. 6000 días más: evidencia neurocientífica acerca del impacto de la pobreza infantil. *Psicología Educativa* 2015; 21: 107-16.
15. Blakemore SJ, Burnett S, Dahl RE. The role of puberty in the developing adolescent brain. *Hum Brain Mapp* 2010; 31 (6): 926-33.
16. Hirase H, Schinohara Y. Transformation of cortical and hippocampal neural circuit by environmental enrichment. *Neuroscience* 2014; 280: 282-98.
17. Brito NH, Noble KG. Socioeconomic status and structural brain development. *Front Neurosci* 2014; 8: 276.
18. Bradley RH, Corwyn RF. Socioeconomic status and child development. *Annu Rev Psychol* 2002; 53 (1): 371-99.
19. Coleman J. Social Capital in the creation of human capital. *Am J Sociol* 1988; 94: S95-S120.
20. Johnson SB, Riis JL, Noble KG. State of the art review: poverty and the developing brain. *Pediatrics* 2016; 137 (4): e20153075.
21. Gershoff E, Aber JL, Raver CC, Lennon MC. Income is not enough: incorporating material hardship into models of income associations with parenting and child development. *Child Dev* 2007; 78 (1): 70-95.
22. Hanson JL, Hair N, Shen DG, Shi F, Gilmore JH, Wolfe BL, Pollak SD. Family poverty affects the rate of human infant brain growth. *PLoS One* 2013; 8 (12): e80954.
23. Kennedy WA, Van De Riet V, White JC. A normative sample of intelligence and achievement of Negro elementary school children in the southeastern United States. *Monog Soc Res Child Dev* 1963; 1-112.
24. Evans GW, Li D, Whipple SS. Cumulative risk and child development. *Psychol Bull* 2013; 139, 6: 1342-96.
25. Tuñón I. Desafíos del desarrollo humano en la primera infancia. Buenos Aires: Bilibos; 2015.
26. Conger R, Conger KJ & Martin, MJ. socioeconomic status, family processes, and individual development. *J Marriage Fam* 2010; 72 (3): 685-704.
27. Hurtado N, Marchman VA, Fernald A. Does input influence uptake? Links between maternal talk, processing speed and vocabulary size in Spanish-learning children. *Dev Sci* 2008; 11 (6): F31-F39.
28. Pan BA, Rowe ML, Singer JD, Snow CE. Maternal correlates of growth in toddler vocabulary production in low income families. *Child Dev* 2005; 76 (4): 763-82.
29. Mazzoni CC, Stelzer F, Cervigni MA, Martino P. Impacto de la pobreza en el desarrollo cognitivo: un análisis teórico de dos factores mediadores. *Liberabit* 2014; 20 (1): 93-100.
30. Nyaradi A, Li J, Hickling S, Foster J, Oddy WH. The role of nutrition in children's neurocognitive development, from pregnancy through childhood. *Front Hum Neurosci* 2013; 7: 97.
31. Evans GW. The environment of childhood poverty. *Ame Psychol* 2004; 59 (2): 77.
32. McEwen BS, Gianaros PJ. Central role of the brain in stress and adaptation: links to socioeconomic status, health, and disease. *Annals N Y Acad Sci* 2010; 1186 (1): 190-222.
33. Klengel T, Binder EB. Epigenetics of stress-related psychiatric disorders and gene-environment interactions. *Neuron* 2015; 86 (6): 1343-57.
34. Zhang TY, Labonté B, Wen XL, Turecki G, Meaney MJ. Epigenetic mechanisms for the early environmental regulation of hippocampal glucocorticoid receptor gene expression in rodents and humans. *Neuropsychopharmacology* 2013; 38 (1): 111-23.
35. McEwen BS, Tucker P. Critical biological pathways for chronic psychosocial stress and research opportunities to advance the consideration of stress in chemical risk assessment. *Am J Public Health* 2011; 101(Suppl 1): S131-S139.
36. Baker RD, Greer FR. Diagnosis and prevention of iron deficiency and iron-deficiency anemia in infants and young children (0-3 years of age). *Pediatrics* 2010; 126 (5): 1040-50.
37. Flora G, Gupta D, Tiwari A. Toxicity of lead: a review with recent updates. *Interdiscip Toxicol* 2012; 5 (2): 47-58.
38. Holz NE, Boecker R, Hohm E, Zohsel K, Buchmann AF, Blomeyer D, et al. The long-term impact of early life poverty on orbitofrontal cortex volume in adulthood: results from a prospective study over 25 years. *Neuropsychopharmacology* 2015; 40 (4): 996-1004.
39. Toro Martínez E. El modelo social de la discapacidad en Argentina: paradigma de la toma de decisiones con apoyos y salvaguardas en el nuevo Código Civil argentino. *Vertex* 2015; XXVI, 284-92.
40. Zazzali J. La pericia psiquiátrica. Buenos Aires: La Rocca; 2006.
41. Zazzali J. Introducción a la psiquiatría forense. Buenos Aires: La Rocca; 2009.
42. Mercurio E, Schweizer V. Vientos de cambio. Comentarios en torno al Proyecto de modificación del art. 34, inc. 1º del Código Penal Argentino. *Rev Der Penal* 2013; II (5): 259-83.
43. Volkow ND, Koob GF, McLellan AT. Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *N Engl J Med* 2016; 374 (4): 363-71.
44. Rosa's Law. PUBLIC LAW 111-256-OCT [Internet]. May 2010. Available in: <https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/PLAW-111publ256/pdf/PLAW-111publ256.pdf>.
45. Schalock RL, Luckasson RA, Shogren, KA. The renaming of mental retardation: Understanding the change to the term intellectual disability. *Intellect Dev Disabil* 2007; 45 (2): 116-24.
46. Foucault M. Los anormales. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2001.
47. Asamblea General de las Naciones Unidas. Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos. Resolución 70/175 [Internet]; 8 de enero de 2016. Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/70/175>.
48. Noble KG, Houston SM, Brito NH, Bartsch H, Kan E, Kuperman JM, et al. Family income, parental education and brain structure in children and adolescents. *Nat Neurosci* 2015; 18 (5): 773-8.
49. Mackey AP, Finn AS, Leonard, JA, Jacoby-Senghor DS, West MR, Gabrieli CF, et al. Neuroanatomical correlates of the income-achievement gap. *Psychol Sci* 2015; 26 (6): 925-33.
50. Hair NL, Hanson J, Wolfe BL, Pollak SD. Association of child poverty, brain development, and academic achievement. *JAMA Pediatr* 2015; 169 (9): 822-9.
51. Ursache A, Noble KG. Neurocognitive development in socioeconomic context: multiple mechanisms and implications for measuring socioeconomic status. *Psychophysiology* 2016; 53 (1): 71-82.
52. Brooks-Gunn J, Duncan GJ. The effects of poverty on children. *Future Child* 1997; 55-71.
53. Organización Mundial de la Salud-UNICEF. El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad: un documento de debate. Malta: Organización Mundial de la Salud; 2013.
54. Zaffaroni R, Slokar A, Alagia A. Derecho Penal. Parte General. Buenos Aires: Ediar; 2000.
55. Wacquant L. Castigar a los pobres. El gobierno neoliberal de la inseguridad social. Buenos Aires: Gedisa; 2009.
56. Morabito R. Discapacidad vs. cárcel ¿Barrera infranqueable? [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.pensamiento-penal.com.ar/system/files/2015/01/doctrina40491.pdf>.
57. Cfr. Fallo del Juzgado de Ejecución Penal de 1ª Nominación nro. de resolución 768 año 2014. Tomo 6 Folio1: 695-1699.

Imputabilidad disminuida

Luis Ohman

*Médico especialista en Psiquiatría
Coordinador Programa Nacional de Evaluación y Monitoreo
del Estado de Salud Mental de las personas alojadas en Unidades Penitenciarias,
Ministerio de Justicia y DDHH de la Nación
Docente Universidad en la Universidad de Lanús
Egresado de la escuela de Salud Pública. Universidad Nacional de Buenos Aires
Presidente honorario del Capítulo Psiquiatría y Criminología de APSA
E-mail: luisohman@yahoo.com.ar*

Adrián Pablo Fantini

*Médico especialista en Psiquiatría y Medicina Legal
Profesor universitario, Cátedra de Clínica Psiquiátrica y Psicología I, Facultad de Medicina, Universidad Católica de Córdoba (UCC)
Psiquiatra Forense; Poder Judicial de la Provincia de Córdoba
Secretario del Capítulo Psiquiatría y Criminología de APSA*

Resumen

Uno de los temas centrales en la psiquiatría forense es la Imputabilidad. Día a día los profesionales de Salud Mental somos convocados en diferentes tribunales de nuestro país a evaluar el estado mental de un individuo a fin de que, asesorando al juez, este pueda expedirse sobre la imputabilidad y responsabilidad de los sujetos imputados. Nuestro actual Código Penal nacional que data de 1921 en su Art. 34 Inc. 1 reserva para la imputabilidad un modelo dicotómico donde un individuo es Imputable, debiendo responder por su comportamiento o es inimputable no debiendo hacerlo en el fuero penal. Este modelo dicotómico muchas veces no permite el correcto análisis de la psicopatología llevando al psiquiatra en ocasiones a tener que "forzar" una conclusión a este paradigma que impone la justicia. Como sabemos la realidad no se manifiesta en categorías discretas y por más que este escrito en la norma, las personas, sus pensamientos, emociones y conductas se manifiestan en dimensiones donde los límites no siempre están claros. Es por ello que consideramos necesario darle curso a los impulsos de reforma del actual Código Penal para dar lugar a la figura de Imputabilidad disminuida.

Palabras clave: Imputabilidad disminuida - Modelo categorial - Reforma Código Penal.

DIMINISHED CULPABILITY

Abstract

One of the central matters in forensic psychiatry is its culpability. Day after day we, the mental health professionals, are subpoenaed in different courts of our country to assess the mental state of a given individual in order to endorse a judge so that he can issue their view pertaining the culpability and the responsibility of accused subjects. Our current National Criminal Code, dating from 1921, in Art. 34 sub 1 holds for culpability a dichotomous model in which an individual is responsible and must be accountable for his behavior or not responsible and in such case must not be held accountable in criminal courts. This dichotomous model often does not permit the correct analysis of the psychopathology making sometimes the psychiatrist to force a conclusion according to this paradigm imposed by Justice. As we all know reality does not reflect itself under discrete categories and notwithstanding this is the written norm, people, thoughts, emotions and behaviors manifest in dimensions where boundaries are not always clear. Hence, we are considering it necessary to give effect to the impulses for the reform of the existing Criminal Code to lead to diminish culpability.

Key words: Diminished Culpability - Dichotomous model - Reform of criminal code.

Introducción

Los médicos psiquiatras nos encontramos a diario en los tribunales penales de nuestro país con el enorme desafío de evaluar el estado mental de un sujeto acusado de un delito, para así poder asesorar al juez y que este último determine si el sujeto en cuestión es imputable o inimputable frente a ese delito. La diferencia de ambas figuras jurídicas no es menor ya que puede determinar si un sujeto va a estar 25 años detenidos cumpliendo una pena de tipo retributiva en una cárcel o, en el segundo caso, algunos meses (en ocasiones también años) internado en un hospital psiquiátrico por una medida de seguridad. Debemos tener en cuenta que un delito es considerado por el derecho penal como una acción típica, antijurídica y culpable, por lo tanto es una acción ejecutada por un ser humano, que debe ser prevista, descripta exactamente (tipificada) por la norma penal, contraria al orden jurídico (antijurídica) y replicada, por ese ordenamiento con una sanción que es la pena (punible) (1). Asimismo esa acción debe ser considerada culpable lo que significa que debe poder serle reprochada a su autor. A esta enorme responsabilidad que tenemos como psiquiatras de asesorar al juez se le agrega la complejidad de que como peritos debemos conocer, manejar y hacer equilibrio entre el lenguaje médico y el legal no siendo esta una tarea sencilla y así como lo asegura Castex, debemos tener presente que existe un desencuentro permanente entre los discursos científico y jurídico debido a la apropiación y distorsión de conceptos. (2). En palabras del Dr. Godoy *"la opinión del psiquiatra forense no es la de un psiquiatra clínico asesorando a un juez; es un racional y fundado discurso de convicciones objetivadas, animada por principios e instituciones filosóficas, jurídicas y psico-psiquiátricas y referidas a un caso concreto en su ocurrencia y en el sujeto agente"* (3).

Imputabilidad

La imputabilidad es un constructo jurídico que requiere la participación de otras ciencias que llegan a auxiliar a los magistrados. El principio constitucional de culpabilidad, exige que para que una persona pueda ser castigada, ésta haya realizado una conducta dirigida con determinada capacidad psíquica. A ello llamamos comprensión y lo analizamos en el cuarto elemento de la teoría del delito, la culpabilidad, que viene después de la demostración de que el sujeto realizó una conducta voluntaria, que encuadra en una figura legal penal y que es contraria al ordenamiento jurídico vigente, antijurídica, porque no está justificada por ningún precepto de todo el derecho. El mismo principio determina que la pena debe ser proporcional no sólo a la gravedad objetiva del hecho cometido, sino también a la culpabilidad del sujeto.

Para poder responsabilizar a un sujeto por un delito se debe saber si este sujeto es imputable. La imputabilidad es un atributo inherente a la persona, y una persona es imputable cuando su funcionamiento mental le permite entender la naturaleza del hecho que concreta y cuando,

además, goza de autonomía mental para manejar la propia conducta. Como afirma Zazzali, el sujeto entonces, podrá ser acusado de un delito si al obrar tenía un total entendimiento de la índole del acto que realizaba. Imputabilidad es entonces capacidad para delinquir, siendo imputable aquel que, en el momento de delinquir, no tuvo impedimentos en el entendimiento ni en la voluntad (4). Como afirma Zaffaroni, la configuración de la conducta delictiva exige un mínimo de capacidad de la autodeterminación que el ordenamiento jurídico requiere para dar lugar a la responsabilidad jurídico penal (5). Afirma Frías Caballero, la capacidad de reproche no se trata de una verificación biológica o naturalística sino de un juicio valorativo normativo (6), y en sintonía con esta línea se refiere Bacigalupo al señalar que la consecuencia normativa de las alteraciones o anomalías psíquicas, se trata de un juicio valorativo que debe realizar el juez (7). La imputabilidad es la posibilidad que tiene la conducta típica y antijurídica de ser puesta a cargo del autor.

En relación a la imputabilidad, Nuestro Código Penal en su artículo 34 inc. 1º establece: (Libro I, Título V del Código Penal de la República Argentina, 1921) *"No son punibles: el que no haya podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por su estado de inconsciencia, error, o ignorancia de hecho no imputable, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones"* (8). Con esta fórmula, rica en su composición, nuestro código contempla al momento de hablar de Imputabilidad un criterio mixto *"psiquiátrico-psicológico-jurídico"*, donde primero habrían de constatarse determinados estados orgánicos y que, a continuación, habría que examinar si estaba excluida por ellos la capacidad psicológica de comprensión del acto y/o la dirección de la acción. Si del tal examen resulta suprimida la capacidad de comprensión y/o dirección, existirá inimputabilidad sólo luego del aporte valorativo-normativo, en referencia al ordenamiento jurídico penal, tarea que obviamente, corresponde al juez. Es decir, no alcanza solo con constatar las causales orgánicas sino que estas tienen que anular la capacidad de comprensión y/o dirección por lo que no es el cuadro psicológico *per se* el causante de la inimputabilidad sino las consecuencias del mismo. Comprender, entendida como capacidad psico-jurídica, implica vivenciar valores y esto requiere de una afectividad indemne, estar *"informado teóricamente"* de lo valioso o disvalioso de un acto no es suficiente para comprender ya que esto depende de la capacidad de valoración que involucra la esfera emotiva (9).

Si bien no está aclarado de manera explícita en la letra del código penal, cuando el artículo 34 se refiere a *insuficiencia de sus facultades*, según el consenso y numerosos autores, estaría refiriéndose a individuos cuyo desarrollo mental se ha detenido en una etapa de su evolución y que le impide comprender la criminalidad de las acciones o dirigir las mismas siendo estos cuadros compatibles con retraso mental habitualmente a partir de una gravedad moderada o grave, denominados hoy en los nuevos sistemas clasificatorios como discapacidad intelectual (10). Por otro lado el término *alteración morbosa*,

si bien no es restrictivo o indicativo de ningún trastorno mental específico quedaría reservado a cuadros psicóticos donde la capacidad judicativa del individuo estaría desviada o también en los casos de aquellos con el juicio debilitado a raíz de procesos demenciales (11), mientras que los llamados estados de inconciencia harían referencia al trastorno mental transitorio completo, de habitual origen tóxico o también endógeno.

Modelo categorial vs. dimensional

Como hemos visto en relación a la imputabilidad nuestra legislación penal desde 1921 presenta un modelo dicotómico o también llamado categorial de la realidad donde solo existen dos posibilidades, por un lado tenemos el sujeto normal (desde el punto de vista jurídico) e imputable y por el otro un sujeto anormal e inimputable.

El conocimiento categorial supone un fenómeno cualitativo del tipo “todo o nada”, es decir, algo pertenece a la categoría X o a la categoría Y. Por otra parte, el conocimiento dimensional, como su opuesto, es continuo y se caracteriza porque se posee o experimenta más o menos algo (12).

Volviendo a la actividad pericial, debemos tener presente que, como psiquiatras, nuestra función es la de evaluar la presencia o ausencia de psicopatología en un sujeto siendo difícil establecer un punto de corte en el padecimiento humano como lo exige el modelo categorial. Este modelo categorial de imputabilidad nos lleva en ocasiones como profesionales de Salud Mental muchas veces a tener que “forzar” descripciones clínicas para adecuarlas a las categorías expresadas en la letra de la ley, lo que no siempre refleja de una manera fiel el cuadro psicopatológico constatado. Se nos exige responder en categorías discretas lo que se expresa en la naturaleza como dimensiones psicopatológicas.

Imputabilidad disminuida

Pensamos, de una manera que se ajusta más a la realidad, que entre la categoría de imputabilidad y la de inimputabilidad existe una dimensión de diferentes grados de responsabilidad penal donde encontraríamos a la *imputabilidad disminuida* no perdiendo de vista que ésta se trataría de un caso de imputabilidad. Ya el maestro cordobés Sebastián Soler en 1960, a quien se le encargara una de las reformas del Código Penal, proponía la figura de *Imputabilidad disminuida* afirmando que los límites entre la salud y la enfermedad no eran matemáticos, no discretamente fijos, no para el jurista ni para el psiquiatra (13). La imputabilidad disminuida debería necesariamente conducir a una disminución en el reproche jurídico penal. Creemos, ciertamente, que si la capacidad de dirección o comprensión se halla disminuida también lo está la culpabilidad del sujeto y resulta por tanto justo atenuar la pena mediante un sistema que prevea una escala penal distinta, acorde a su culpabilidad. De ahí las escalas penales dentro de las cuales debemos individualizar las penas. Se relaciona con el principio de igualdad,

pues dos personas con capacidades distintas no deberían ser tratadas de la misma manera. De hecho algunos autores prefieren el término de culpabilidad disminuida al de imputabilidad disminuida si bien en ambos termina por disminuir la punibilidad (14).

Como asegura Cabello, si bien la imputabilidad disminuida es un problema exclusivamente jurídico tiene una neta raíz psiquiátrica por lo que debemos tener en cuenta que se enjuician personas, no categorías, y por supuesto sabemos que los padecimientos humanos se escapan de las categorías discretas (15).

En la práctica forense encontramos que los límites entre la normalidad y anormalidad desde el punto de vista jurídico no son tan precisos y claros como es la sensación que los magistrados pretenden llevándonos como profesionales de Salud Mental a dilemas tanto éticos como teóricos a fin de responder puntos periciales de una manera efectiva. Es cierto que estos límites difusos a la hora de hablar del impacto de la enfermedad en la comprensión y/o dirección tal vez no se presenten en cuadros psicopatológicos más evidentes como una esquizofrenia, un síndrome demencial o un retraso mental grave pero si en la mayoría de los trastornos de personalidad, los trastornos por consumo de sustancias y algunas formas intermedias de patologías más típicas reconociendo el principio de gradualidad en los cuadros mentales.

Independientemente de la valoración del juez entendemos que lo principal en nuestra tarea como peritos es evaluar la capacidad de comprensión y/o dirección del accionar de un sujeto durante un hecho determinado. Para tal desafío es indispensable conocer las diferentes funciones psíquicas como expresión psicológica de un organismo en un determinado contexto no siendo estas funciones psíquicas patrimonio específico de ningún trastorno mental sino más bien fenómenos internos (con expresión en la conducta objetivable) común a cualquier individuo debiendo tener presente que tales funciones psíquicas son capacidades del individuo que se adquieren, se fortalecen y se pueden perder no siendo los límites en estos procesos lo suficientemente claros.

Proyecto de reforma del Código Penal

Como ha sucedido en algunos países europeos como Francia, España y Alemania, nuestro país intenta realizar una reforma del Código Penal no sin discusiones acaloradas y posiciones antagónicas donde en ocasiones la mezquindad e intereses políticos obstaculizan el progreso.

En sintonía con modificaciones de términos jurídicos y abandono de conceptos anacrónicos puede señalarse que el Código Penal Español cuya actualización es del 2009 excluyó de la fórmula de inimputabilidad el concepto de “enajenación” y lo suplantó por el de “anomalía” o “alteración psíquica” superando la discusión sobre si alteración morbosa se refiere únicamente a los cuadros de psicosis, enajenación o alienación, y queda abierto el campo a cualquier síndrome psicopatológico.

Art. 20 Código Penal Español: “*Están exentos de res-*

ponsabilidad criminal: 1.º El que al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión” (16).

En este contexto global reformista, en el año 2004, se conformó en nuestro país en el ámbito del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, una Comisión para la Elaboración de un Proyecto de Ley de Reforma y Actualización Integral del Código Penal de la Nación que trabajó durante dos años (resoluciones MJ y DH N° 303/2004 y N° 136/2005), culminando su labor en el año 2006 (17). El trabajo realizado por la Comisión propone la modificación del actual art. 34, inc. 1º quedando la fórmula de inimputabilidad expresada de la siguiente manera:

Art. 5 (Anteproyecto). *“No es punible. Inciso h) El que a causa de cualquier anomalía, trastorno o alteración psíquica permanente o transitoria, no haya podido, al momento del hecho, comprender su criminalidad o dirigir sus acciones conforme a esa comprensión.”.*

La reforma del Código Penal propuesta por esta comisión redactora modifica el art. 34 inc. 1º. dejando atrás el dominio epistemológico de la categoría de alienación, dando por terminado un siglo y medio de dominio eurocéntrico en la psiquiatría argentina clínica y forense para dar lugar a los conceptos de *“inomalía, trastorno o alteración psíquica”* que si bien perderían especificidad en relación a la etiología de los cuadros que comprometen la comprensión y dirección de los actos le brindarían al perito la libertad de no tener que *“encajar”* los fenómenos psicopatológicos en categorías rígidas. Con esto se darían por terminadas las limitaciones de corte alienista que entendía alienación como locura, abre el campo de la clínica psiquiátrica a un campo más amplio y razonable de los trastornos de la clínica psicopatológica. Con la reforma se procura respetar al máximo la fórmula del vigente inciso 1º del artículo 34, depurada de su confusión con la inconsciencia y el error y la ignorancia (que quedan en otro artículo). Por tanto, la fórmula que se propone es muy sintética y parece demasiado escueta, pero, en realidad, no es más que la misma fórmula vigente precisada y depurada.

Debemos tener presente que el *trastorno y la alteración psíquica* a los que se refiere el anteproyecto no tienen por qué ser anómalos o patológicos, sino que pueden ser resultado normal de situaciones vivenciales, como el miedo intenso, el terror, o bien de estados por los que pasa necesariamente cualquier persona, como el agotamiento o el sueño. Por otro lado, el *efecto* -que es lo fundamental para la inculpabilidad- es que al momento del hecho -es decir, de la conducta- debe darse una incapacidad para *comprender* la criminalidad del acto o dirigir sus acciones conforme a esa comprensión.

Las medidas que en este supuesto puede adoptar el juez se tratan en otro lugar, a diferencia del texto vigente, que las prevé en el mismo inciso 1º del artículo 34. La experiencia de casi un siglo y la necesidad de compatibilizarlas con la ley de salud mental, demandan un tratamiento legislativo mucho más metódico que el vigente que, por otra parte, es bastante descuidado y riesgoso para las garantías personales.

Las medidas de seguridad que se imponen sobre una persona declarada inimputable tienen relación con un concepto, creemos ya anacrónico, de *peligrosidad* presente en el inciso primero del vigente artículo 34 del Código Penal (18). Dice Hegglin al referirse a la peligrosidad como categoría y a las medidas de seguridad como categoría en la misma *“Ni el control de los enfermos mentales le corresponde de modo natural al derecho penal en tanto se ha reconocido que en el derecho penal clásico no existían las medidas de seguridad, ni la complejidad de la empresa puede paralizar la implementación de un sistema dirigido, en definitiva, a eliminar el derecho penal de peligrosidad y a imponer, en su lugar, un derecho de asistencia social con pleno reconocimiento de los derechos de los enfermos mentales”* (19). Es importante el señalamiento pues la declaración de inimputabilidad sujeta a una medida de seguridad no se adecuan a la tipicidad del injusto, sino al grado de peligrosidad psiquiátrica y social de la personalidad del imputado, llamado derecho penal de autor claramente inconstitucional como las medidas de seguridad como una zona de no derecho.

El anteproyecto apunta a sostener un derecho penal del hecho por sobre un derecho penal de autor. Explica Roxin en su *Tratado de derecho penal* que por derecho penal del hecho se entiende una regulación legal, en virtud de la cual la punibilidad se vincula a una acción concreta descrita típicamente (o a lo sumo a varias acciones de ese tipo) y la sanción representa sólo la respuesta al hecho individual, y no a toda la conducción de la vida del autor o a los peligros que en el futuro se esperan del mismo. Frente a esto, se tratará de un Derecho penal de autor cuando la pena se vincule a la personalidad del autor y sea su asocialidad y el grado de la misma lo que decida sobre la sanción. *“Lo que hace culpable aquí al autor no es ya que haya cometido un hecho, sino que sólo el que el autor sea ‘tal’ se convierte en objeto de la censura legal”;* *“allí donde entre los presupuestos de la conminación penal se incluye algo distinto y más que el sí y el cómo de una acción individual, y donde ese algo más debe buscarse en la peculiaridad humana del autor, estamos ante un sistema en que la pena se dirige al autor como tal”* (20). En resumen, para esta concepción de raigambre positivista-criminológica, la calidad o personalidad del autor constituye un elemento tipificante de la acción jurídicamente reprobada. Implica una perspectiva determinista de las personas, en las cuales se afirma su inexorable destino delictivo prescindiendo de su propia voluntad.

Otra de las reformas que esta comisión propuso en sintonía con las reformas de varias legislaciones europeas y ajustándose a la realidad clínica observable fue la de incorporar la figura de *Imputabilidad disminuida*, constructo controvertido dentro de la psiquiatría forense que si bien en el Código Penal actual no se halla de manera explícita podemos, como asegura Zaffaroni, encontrar una forma de ésta en el artículo 81, inc. 1º a) *“al que matare a otro, encontrándose en un estado de emoción violenta y que las circunstancias hicieren excusable”* para el homicidio (21).

Se propone en el anteproyecto: art 6. *“Pena por culpa o disminución de la pena. Inciso 3). Según las circunstancias*

del caso, el juez podrá disminuir la pena conforme a la escala señalada en el inciso anterior a quien, en el momento del hecho, tuviere considerablemente disminuida la capacidad para comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones conforme a esa comprensión”.

La imputabilidad disminuida es el concepto que considera que el sujeto, si bien es cierto tiene cierta capacidad intelectual o volitiva para comprender y entender, esta capacidad se encuentra, en estas condiciones, disminuida o aminorada existiendo una merma pero no ausencia de la misma.

Como psiquiatras sabemos que el paso de la conciencia a la inconsciencia y de la salud mental a la “locura”, se va verificando a veces por grados sucesivos y casi apenas sensibles, que vienen a constituir la zona intermedia entre estos dos estados psíquicos de las personas, razón por la cual es difícil establecer cuándo se está en un desarrollo mental incompleto o en la plena incapacidad.

Dice Zaffaroni en relación a la difícil interfaz psiquiátrico-jurídica “Es menester que la criminología elimine los prejuicios frente a la psiquiatría para analizar el papel que juega la patología en toda esta conflictividad violenta, pues si bien es cierto que sería absurdo patologizar toda la violencia, no lo es menos ignorar que en muchas ocasiones la patología psíquica tiene una incidencia determinante o predisponente” (22).

Conclusiones

Como profesionales de la Salud Mental en nuestra función pericial debemos tener presentes que si bien nuestra tarea es la de auxiliar a la justicia, no por ello debemos olvidar nuestro rol de médicos por lo que tendríamos que estar atentos a no intentar “encajar” las personas en las leyes de fondo teniendo presente que debemos conocer más de psicopatología que de nosología.

En sintonía con otros países y legislaciones entendemos que una reforma del Código Penal es necesaria (y contingente con la realidad) por lo menos en relación a la imputabilidad y al tratamiento que los pacientes de salud mental reciben independientemente su condición de imputabilidad o inimputabilidad.

No debemos vernos tentados, como dice Cabello, a utilizar la figura de imputabilidad disminuida como un “gran recipiente de dudas diagnósticas y comodín de la incertidumbre” y para ello es fundamental la formación como clínicos y los conocimientos en psicopatología.

El desafío es salir de la radicalidad binaria de imputable o inimputable, dando espacio a una zona de mayor racionalidad y sentido común a la clínica psiquiátrica y a su intersección con el derecho penal ■

Referencias bibliográficas

- Gómez Carrasco JJ, Maza M. Manual de Psiquiatría legal y forense. 2da Edición. Madrid: Editorial La Ley; 2003. p. 48.
- Castex M. Ensayo crítico forense sobre el desencuentro de dos discursos. Ciencia y derecho. Buenos Aires: Ad Hoc; 2008.
- Godoy LR. La interpretación unitaria del artículo 34 inciso primero del Código Penal Argentino en Psiquiatría Forense. *Vertex* 2009 XX; (83): 73.
- Zazzali JR. La pericia psiquiátrica. Buenos Aires: La Rocca; 2006. p. 143-52.
- Zaffaroni JR. Derecho Penal parte general. Buenos Aires: Ediar; 2000. p. 674-5.
- Frías Caballero J. Imputabilidad penal. Capacidad personal de reprochabilidad éticosocial. Buenos Aires: Ediar; 1981.
- Bacigalupo E. Derecho Penal. Parte General, 2ª ed. Buenos Aires: Hammurabi; 1999. p. 453.
- Código Penal de la Nación Argentina. 42ª ed. Buenos Aires: Abeledo-Perrot. 2007.
- Mercurio E. Neurociencias y derecho penal: nuevas perspectivas para viejos problemas. *Vertex* 2009; XX (83): 62-70.
- Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM V. España: Editorial panamericana; 2014. p. 33-41.
- Covelli JL. Manual de Psiquiatría Forense. Primera ed. Ciudadela: Editorial Dosyuna; 2007.
- Ghaemi N. Psiquiatría conceptos. Chile: Editorial Mediterráneo; 2008.
- Rodríguez Devesa JM. Anuario de derecho penal y ciencias penales. Tomo 13. Mes 3, 1960. p. 359-84.
- Beling E. Esquema del derecho penal. La doctrina del delito tipo. Buenos Aires: Depalama; 1944. p. 35.
- Vicente C. Psiquiatría forense en el derecho penal. Vol. 1. Buenos Aires: Hammurabi SRL; 2005.
- Código Penal Español. Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre de 1995 y sus modificaciones [Internet]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444>.
- Comisión para la Elaboración del Proyecto de Ley de Reforma, Actualización e Integración del Código Penal de la Nación (Decreto PEN 678/12). Anteproyecto.
- Código Penal de la Nación Argentina. 42ª ed. Buenos Aires: Abeledo-Perrot; 2007.
- Hegglin F. Los enfermos mentales en el derecho penal. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial del Puerto; 2006.
- Roxin C. Derecho Penal, Parte General. Tomo I. 2ª ed. Madrid: Civitas; 1999. p. 176.
- Zaffaroni JR. Notas sobre emoción violenta. *Doctrina Jurídica, Universidad Católica de la Plata* 1972; IV (101): 1-3.
- Zaffaroni JR. Jornadas de Psiquiatría y Criminología. Salón Azul del Senado. APSA; 2006.

Organismos judiciales de peritos médicos

Roberto Luis María Godoy

*Médico Psiquiatra y Legista
Abogado*

*Perito Médico Forense de la Justicia Nacional
Decano del Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional (períodos 2010-2013 y 2013-2016)
E-mail: robertolmgodoy@hotmail.com*

Introducción

A fines del siglo XIX, al organizarse los Tribunales de la entonces reciente Capital Federal, se creó el cargo de “Médico de los Tribunales” y estableció que, por disposición de los magistrados, “*dará los informes y practicará los reconocimientos que estos necesiten y le pidan para el mejor desempeño de sus funciones*”. Dichas funciones, una década después, fueron asignadas a un grupo o cuerpo de profesionales y quedó así instituido el primer organismo judicial de peritos médicos (1, 2).

Los fundamentos subyacentes, tanto jurídico -contar con un ente público auxiliar de la justicia- cuanto médico -brindar asesoramiento científico específico referido a hechos del proceso-, fueron autosuficientes durante aproximadamente una centuria, acorde a los contextos normativos y científicos vigentes; en la actualidad, las modificaciones y avances de uno y otro, inducen la reflexión acerca del diseño estructural, objetivos y funciones de tales organismos judiciales.

Consideraciones evolutivas

El paradigma médico-legal

El concepto *lato sensu* de la Medicina Legal, propio del enciclopedismo decimonónico, ha quedado superado por el avance científico y la aplicación tecnológica. Las diversas áreas de saber y hacer originales, se han diversificado e individualizado al punto de reconocer actos de conocimiento y métodos distintos y autónomos. En tal sentido basta analizar, por comparación, la investigación del hecho de la muerte y del estado de capacidad de culpabilidad penal, respectivamente.

La citada evolución acarrió varias consecuencias: el “principio de generalidad” fue sustituido por el “principio de especialidad”, en orden a la posesión de experticia académica; el/la médico/a legista (otrora, “perito general” por su sola condición), agregó capacitación y experiencia en algu-

Resumen

En el presente artículo se reflexiona sobre el proceso evolutivo que los organismos judiciales de peritos médicos han atravesado en Argentina desde su creación y se formula una propuesta de adecuación y modernización de los mismos. A causa de múltiples y variados factores evolutivos, los organismos judiciales encargados de la actividad pericial “médico-legal” muestran en la actualidad, signos indicativos de una necesidad de su reformulación estructural y dinámica. Su vigencia se mantiene, en términos de unidades organizativas de la Administración Pública y su eficacia y eficiencia, son dependientes no solo de adecuados criterios científicos sino también, de gestión. El desafío presente y futuro será su transformación conceptual, desde entidad-“corporación científica” a “unidad de prestación de un servicio público” integrante del sistema de administración de justicia.

Palabras claves: Psiquiatría - Psoquiatria forense - Justicia - Leyes - Corte suprema.

JUDICIAL INSTITUTIONS OF MEDICAL EXPERTS

Abstract

This article considers the evolutive process that judicial organisms of medical experts have experienced in Argentina since their creation and formulates a proposal for its adequacy and modernization. Due to multiple and various evolutive factors, judicial organisms managing medicolegal expert activities show, nowadays, signals that a structural and dynamic reform is needed. They remain as organizational units of Public Administration and their effectiveness and efficiency depends not only of a scientific criteria but a managing one. The present and future challenge will be their conceptual transformation, from “corporate scientific entities” to “public-service-providing units” within the justice administration system.

Key words: Psychiatry - Forensic Psychiatry - Justice - Law - Supreme court.

na otra área de conocimiento distinta de la Medicina Legal (habitualmente, mediante la posesión de otra especialidad médica); el trabajo en equipo reemplazó al individual, en tanto criterio a aplicar en el diseño y operatividad pericial; la elaboración de conclusiones requiere la integración de perspectivas científicas diversas; el informe o "dictamen" contiene, en su caso, una detallada relación discursiva -coincidente o no- de los diferentes objetos formales especializados; y la eventual determinación de responsabilidad profesional pericial, exige un cuidadoso análisis acerca del cumplimiento del deber ser correspondiente a cada experto/a, entre otras.

Paralelamente, se consolidó la autonomía de disciplinas científicas como la Odontología y la Bioquímica; se diferenció la Psicología (antigua "actividad de colaboración" de la Medicina) y, del originario ámbito de conocimiento médico-legal, se conformaron contextos teórico-prácticos ajenos a la medicina (tales como el criminalístico y criminológico), que gozan de metodología propia e independencia, académica y legal.

En el ámbito pericial, el proceso señalado, determinó la creación de nuevas categorías de peritos (psicólogo, odontólogo, químico) y en el ámbito académico, el surgimiento de propuestas de formación y capacitación específicas en las respectivas disciplinas científicas (Psicología Forense, Odontología Forense, Bioquímica Legal); asimismo, el diseño curricular de sub-especialidades médicas (Psiquiatría Forense) y estudios en áreas temáticas de abordaje múltiple (violencia familiar y de género; abuso sexual infantil, etc.).

El método pericial

A la modificación del paradigma médico-legal, originalmente disciplinar, le sucedieron cambios en el modo de investigar y determinar las cuestiones periciales; así, progresivamente, aún continúan incorporándose los métodos inter y trans-disciplinario. En algunas áreas -Salud Mental-, no sólo se trata de una razón de adecuación técnica sino además, es imposición legal (3).

El fundamento conceptual, reside en la complejidad de los hechos y las limitaciones, tanto del/a sujeto observador/a cuanto las propias de las disciplinas particulares. En efecto, si el conocimiento disciplinar de la realidad se construye mediante la razón del sujeto cognoscente que aborda el objeto de estudio por partes, la interdisciplinariedad es "cierta razón de unidad, de relaciones y de acciones recíprocas, de interpretaciones entre diversas ramas del saber llamadas disciplinas científicas"; "la transferencia de métodos de una disciplina a otra"; y el análisis "desde distintas miradas científicas, a problemas o conjuntos de problemas, cuya complejidad es tal, que con el aporte (o la disponibilidad) de cada una de las disciplinas a la interdisciplinariedad, ayudaría a desentrañar las distintas dimensiones de la realidad social". Se trata de una expresión que admite variantes a partir de su raíz e identificables mediante un prefijo ("disciplinar": multi, poli, inter, trans, y meta) y también, un adjetivo ("interdisciplinariedad": lineal, temática, metodológica, teórica, compuesta, jerárquica, complementaria, etc.) (4).

En el ámbito pericial, el análisis interdisciplinario, precisa y enriquece el conocimiento de los hechos porque se hallan inscriptos en un circunstanciado y con-

dicionante contexto socio-cultural e imprime particularidades que inciden en las cuestiones controvertidas planteadas y en su respuesta integral, todo lo cual excede a las posibilidades de los métodos disciplinarios.

La transdisciplinariedad, por su parte, "es un proceso según el cual los límites de las disciplinas individuales se trascienden para tratar problemas desde perspectivas múltiples con vista a generar conocimiento emergente"; "la transformación e integración del conocimiento desde todas las perspectivas interesadas para definir y tratar problemas complejos"; que "no es una disciplina, sino un enfoque; un proceso para incrementar el conocimiento mediante la integración y transformación de perspectivas gnoseológicas distintas". Así, se sostiene que: "la estructura discontinua de los niveles de la realidad determina la estructura discontinua del espacio transdisciplinario que, a su vez, explica porqué la investigación transdisciplinaria es radicalmente distinta a la investigación disciplinaria, pero le es, sin embargo, complementaria. La investigación disciplinaria concierne más o menos a un solo y mismo nivel de la realidad. Por otra parte, en la mayoría de los casos no concierne más que a los fragmentos de un solo y mismo nivel de realidad. En cambio, la transdisciplinariedad se interesa en la dinámica que se engendra por la acción simultánea de varios niveles de la realidad. El descubrimiento de dicha dinámica pasa necesariamente por el conocimiento disciplinario. La transdisciplinariedad, aunque no es una nueva disciplina o una nueva hiperdisciplina, se nutre de la investigación disciplinaria la cual, a su vez, se aclara de una manera nueva y fecunda por medio del conocimiento transdisciplinario. En ese sentido, las investigaciones disciplinarias y transdisciplinarias no son antagonicas, sino complementarias... La disciplinariedad, la pluridisciplinariedad, la interdisciplinariedad y la transdisciplinariedad son las cuatro flechas de un solo y mismo arco: el del conocimiento" (4).

El conocimiento de los hechos, en la práctica pericial, obtenido mediante un método transdisciplinario es un desafío a conseguir en el futuro. Entre sus beneficios, posibilitará no solo un mayor ajuste de los pronunciamientos judiciales sino también, su aplicación extrajudicial en el diseño e implementar políticas de acción mitigantes de los factores que determinan situaciones litigiosas; coordinación y mejor aplicación de los recursos públicos; programas de prevención y de rehabilitación, etc.

Los medios técnicos

En términos de análisis general, cabe destacar el avance tecnológico y científico específico; la implementación de procedimientos protocolizados; y el uso de recursos informáticos.

En particular, la aplicación de medios tales como la resonancia magnética nuclear y microscopía electrónica a la actividad pericial, así como el progresivo desarrollo de equipos técnicos de mayor sensibilidad y precisión, permitieron la renovación o consolidación de áreas especializadas (radiología, patología, química forenses, entre otras), las que han tornado su rol complementario tradicional en criterio determinativo de la prueba médico-legal. Las autopsias virtual y molecular constituyen desafíos futuros de la especialidad, tanto como la utilización de tele-medicina forense a las evaluaciones que deban llevarse a cabo sobre personas.

La Genética Forense amerita una mención especial; desarrollada en el ámbito pericial nacional durante los últimos 25 años, es el paradigma del avance científico y tecnológico aplicado a la administración de justicia. Además del indudable beneficio de sus resultados (aportar certeza objetiva a cuestiones litigiosas y/o develar otras, desconocidas), tiene las particularidades de ser un constructo multi e interdisciplinario desde su origen y estar sujeta a su revisión metodológica crítica según criterios técnicos establecidos por consenso internacional.

La protocolización de procedimientos de investigación y determinación es una herramienta idónea para fundar la validez y confiabilidad de los resultados; alcanzar niveles mínimos de calidad de la labor pericial y contribuye al debido control procesal de los órganos jurisdiccionales y las partes. Asimismo, requiere un proceso de adaptación a las características particulares del medio forense en el que se implementan -desde la población, a las inherentes a la demanda de trabajo y los recursos, materiales y humanos disponibles-; la revisión crítica de resultados; y la actualización periódica, que mantiene a las prácticas técnicas dentro de criterios científicos vigentes. En algunos casos, normas o razones de conveniencia pericial impusieron el uso de protocolos para determinadas situaciones, tales como el *“Manual de Investigación y Documentación Efectiva sobre Tortura, Castigos y Tratamientos Crueles, Inhumanos o Degradantes”* y, en evaluaciones a víctimas de delitos contra la integridad sexual, entre otros (5).

Los recursos informáticos, en especial, la aplicación y diseño de programas específicos agilizan el trabajo pericial desde su etapa de inicio hasta la de archivo de actividades técnicas, las propiamente dichas y las administrativas que las instrumentan. Asimismo, facilita la comunicación e integración de resultados entre los/as operadores/as y de ellos/as, con los órganos jurisdiccionales; reemplaza el uso del soporte material -papel, fotográfico o filmico- y, mediante adecuadas medidas de protección y seguridad, está exento de riesgos (deterioro, extravío, etc.) que poseen los tradicionales.

Las consideraciones precedentes, remiten a la estrecha vinculación entre la evolución experimentada por los medios técnicos utilizados en el trabajo médico-legal y la disponibilidad de recursos humanos y materiales necesarios para su implementación. En tal sentido, la situación general en el ámbito nacional es muy heterogénea; las causas de dicho estado son múltiples, pero cabe destacar la diversidad de políticas distributivas de los respectivos poderes administradores (nacional-locales), el dispar desarrollo estructural del sistema judicial sin adecuación de sus efectores periciales y la pendiente toma de conciencia acerca de la importancia que posee la buena práctica pericial en el proceso judicial.

Las cuestiones técnicas

El esclarecimiento de hechos controvertidos, haciendo verdad lo que resulta dudoso por argumentación de sentido contrario efectuada por las partes de un proceso, es el ámbito original y propio de la actividad pericial. A esa función, estrictamente pericial, evolutivamente se ha incorporado y

acrecentado la que podría denominarse “de simple asesoramiento médico-legal”. Tal como se expondrá más adelante, puede ser cumplida por peritos (médicos/as o de otras disciplinas científicas que integran un organismo pericial) o por profesionales no peritos. Es la interpretación técnica de circunstancias y situaciones previas y/o contemporáneas a los hechos, determinantes o condicionantes, cuyo conocimiento proviene de un amplio espectro de fuentes, desde el análisis de constancias obrantes en las actuaciones a la evaluación directa de la persona peritada u otra/s.

Son caracteres esenciales de la función de asesoramiento: su fundamento en la aplicación de medios tecnológicos innovadores o de los conocimientos que dinámicamente surgen del proceso de avance científico (p. ej., la información técnica que se brinda en el marco de una acción de amparo, referida a las características de un procedimiento terapéutico novedoso); la finalidad de permitir a los órganos jurisdiccionales una mayor precisión al disponer la producción de la prueba pericial así como su ulterior mejor desarrollo, a los/as peritos (p. ej., la toma de testimonio mediante cámara Gesell a niños, niñas y adolescentes víctimas o testigos de delitos contra la integridad sexual, así como en víctimas del delito de trata de personas); la contextualización interdisciplinaria de los hechos a investigar (p. ej., la denominada “autopsia psicológica”, en la investigación de la muerte por presunto suicidio); y la asistencia profesional de orientación al órgano jurisdiccional, para la realización de audiencias y adopción de decisiones (dispuesta de oficio, con el objeto de ilustrar a la magistratura acerca de cuestiones técnicas genéricas).

En relación, cabe destacar que si bien no se trata de intervenciones profesionales de estricto carácter pericial, en algunos casos está legalmente impuesta (p. ej., Leyes 25.852 y 24.660) y son realizadas por equipos técnicos especiales, uni o interdisciplinarios, que no necesariamente integran los organismos periciales oficiales aunque pueden formar parte del Poder Judicial; los/as profesionales que los conforman no poseen cargo de perito, ni acceden mediante el sistema de selección destinado a aquellos/as; y los datos que obtienen, constituyen prueba (6).

La tendencia a agilizar o enriquecer los procesos y pronunciamientos jurisdiccionales (o darle a éstos últimos, un mayor fundamento) mediante conocimientos provenientes de otras disciplinas, es un modo concreto y eficaz para poner el derecho positivo al servicio de la persona, garantizar los que ontológicamente goza y protegerlos integralmente. No obstante, conviene efectuar dos observaciones:

a. El riesgo de exceder el contexto técnico que sustenta la actividad científica de las disciplinas que integran los organismos periciales. Así, por ejemplo, es recomendable establecer límites a la demanda de los órganos jurisdiccionales y las partes, en aquellos casos que remiten a aspectos ajenos al saber médico-legal o corresponde que sean fundados en la aplicación de recursos tecnológicos o avances científicos que le son extraños a dicha especialidad médica (adecuación de un inmueble para ser habitado por una persona que posee algún tipo de discapacidad; reconstrucción criminalística de la muerte; diseño de programas recreativos de rehabilitación, etc.); y, b) el análisis del origen, metodología implementada y funda-

mentos de la opinión de “asesoramiento médico-legal”, a fin de no confundirla con la resultante de la actividad pericial propiamente dicha, aún cuando los datos que contenga puedan ser invocados en carácter de prueba.

Calidad habilitante, idoneidad

En este punto del desarrollo expositivo conviene reflexionar acerca de la correlación existente entre el proceso evolutivo enunciado, y el alcance de las expresiones procesales referidas a la condición exigible para el ejercicio de la actividad pericial.

En principio, cabe destacar que las consideraciones realizadas describen un desarrollo académico y científico; por su parte, las normas de fondo aluden al requisito administrativo-legal mínimo, impuesto por el legislador, para la designación y desempeño en términos procesalmente válidos.

Etimológicamente, “idoneidad” proviene del latín (*idoneitas-atem*); se refiere a la calidad de idóneo y éste adjetivo -utilizado en el idioma castellano desde el siglo XVI- consiste en la aptitud para algo determinado. Dicha condición es, a su fin, genérica (de amplitud extensa) e imprecisa (en cuanto al criterio de definición) y por consiguiente, su concepto requiere complementación. Las normas procesales son las encargadas de establecer, concretamente, esos límites.

En materia penal la denominación predominantemente utilizada, es “Calidad Habilitante”, en materia civil, “Idoneidad”; y, en ambos casos se le remite a la posesión de título, si se trata de una actividad técnica reglamentada. Así, respecto de las disciplinas científicas que ordinariamente se realizan en los organismos periciales, el concepto procesal de la condición se construye a partir de un requisito administrativo: que el Estado haya reconocido al titular, a través de la correspondiente autoridad de aplicación encargada del control profesional, el ejercicio de la actividad, de conformidad con la normativa vigente y mediante un acto administrativo específico (autorización habilitante y concesión de matrícula), fundado en la acreditación de la aptitud por medio de un documento público expedido por las autoridades académicas; por lo demás, se agrega la necesaria identidad de materia entre la actividad especializada y las cuestiones periciales a resolver.

De lo expuesto surgen tres observaciones específicas, aplicables a los organismos periciales:

a. No basta la “idoneidad” de sus integrantes, si las disciplinas científicas que ejercen están reglamentadas por el Estado;

b. Tampoco alcanza la posesión de dicha cualidad en términos potenciales (“habilitante”), sino que se requiere el efectivo acto administrativo que la transforme en “habilitada” (expresión actual);

c. La validez técnica de la opinión pericial, en definitiva, no depende del ejercicio de una calidad profesional habilitada sino de la correspondencia científica y académica, entre ella y la cuestión pericial planteada por el órgano jurisdiccional.

La última observación realizada remite a tener presente la aún vigente crítica a las ciencias particulares, en su rol de “auxiliares” del órgano jurisdiccional; se cuestiona

si, en rigor, los conocimientos que produce (originados en la observación y experiencia, sujetos a permanente desarrollo y circunstancias de persona, tiempo y lugar, etc.) sustituyen parcialmente (o condicionan, determinativamente) el proceso que culmina en el pronunciamiento de una solución exclusivamente jurídica, correspondiente a una situación, también exclusivamente jurídica. En especial, las objeciones se centran en el saber médico aplicado a la salud mental el cual, a partir del siglo XIX, construyó un paradigma discursivo omnicompreensivo de toda expresión de vida humana; reduccionista, por asimilación al método explicativo-causal y ulterior establecimiento de “leyes” a la conducta; de muy dudosa eficacia en orden a la garantía que requieren, de parte del sistema judicial, los derechos esenciales de las personas (7).

La crítica referida, es extensible a otros ámbitos del ejercicio “médico-legal” pues en definitiva, en todos los casos, el objeto formal de análisis es el obrar de la persona física en tanto unidad compleja (no solo bio-psicológica) y sus consecuencias sobre la realidad circundante (otras personas y cosas), cuando determina un menoscabo a bienes jurídicos tutelados por el derecho positivo (propios y/o de terceros). El *ethos* pericial diverge, esencialmente, del que es propio de la actividad asistencial u otra modalidad del ejercicio profesional y la evolución del paradigma pericial -tal como se señaló-, indican superar los límites derivados del pensamiento científico cartesiano.

Sin perjuicio de lo expuesto, es oportuno destacar el contenido no académico ni administrativo de la condición procesalmente requerida para el desempeño de la función pericial; en efecto, sancionan faltas a deberes éticos (imparcialidad -inclusiva del sesgo doctrinario-, reserva, estricta observancia de normas legales y administrativas distintas de las que regulan la prueba pericial, etc.) que se presumen propios de dicha condición.

Las características del proceso evolutivo de la actividad pericial, en la actualidad y en el ámbito de los organismos específicos, puede sostenerse que el concepto de “calidad habilitante” requiere la formación y capacitación continuas de sus integrantes; además, se proyecta a la exigible al organismo en cuanto tal, a través de una operatividad interdisciplinaria.

Las normas legales

A partir de la entrada en vigencia de última reforma constitucional, el 22 de agosto de 1994, se han incorporado numerosas normas legales, de impacto directo en la actividad pericial y los organismos judiciales que la cumplen.

La evolución, iniciada con la configuración de un bloque de constitucionalidad integrado por tratados internacionales que garantizan los derechos humanos independientemente del derecho interno, culmina con la sanción de la Ley 26.994 que, el 1 de agosto de 2015, puso en vigencia el actual Código Civil; la primera referencia recogió la jurisprudencia iniciada por la Corte Suprema de Justicia de la Nación, en 1992 y la segunda, se fundó en nuevos aspectos valorativos (8, 9).

Entre ambos hitos legislativos cabe destacar las Leyes 24.410 (Modificación de tipos penales, entre ellos, supre-

sión del delito de infanticidio, promulgada el 02 de enero 1995); 24.417 (“Protección contra la violencia familiar”, promulgada el 28 de diciembre de 1994); 24.557 (“Riesgos del trabajo”, promulgada el 03 de octubre de 1995); 25.852 (Modificación del Código Procesal Penal de la Nación; promulgada el 06 de enero de 2004); 26.485 (“Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujeres en los ámbitos que desarrollen sus relaciones interpersonales”, promulgada el 01-02-2009); 24660 (Ejecución de la pena privativa de la libertad”, promulgada el 08 de mayo de 1996); 25.087 (“Delitos contra la integridad sexual”, promulgada el 14 de mayo de 1999); 25.932 (“Protocolo Facultativo de la Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes”, promulgada el 30 de enero de 2004); 26.657 (“Derecho a la protección de la Salud Mental”, promulgada el 02 de diciembre de 2010); 26.791 (“Femicidio”, promulgada el 12 de diciembre de 2012); 26.842 (“Prevención y sanción e la trata de personas y asistencia a sus víctimas”, promulgada el 26 de diciembre 2012), entre otras que tienen relación directa con la actividad pericial.

Asimismo, por vía legislativa, también se han regulado variados aspectos inherentes, tales como la ley de Ética de la función pública (25.188, promulgada el 26 de octubre de 1999); la protección de datos personales (Ley 25.326, promulgada el 01 de octubre de 2000); la adopción de medidas tendientes a la protección del medio ambiente (a partir de la política nacional establecida por la Ley 25.675, promulgada el 27 de noviembre de 2002); la utilización de expedientes, documentos, firmas, comunicaciones, domicilios electrónicos y firmas digitales en todos los procesos judiciales y administrativos que tramitan ante el Poder Judicial de la Nación (Ley 26.685, promulgada el 30 de junio de 2011); el empleo de precursores químicos (en el marco del Registro Nacional de Precursores Químicos, Ley 26.045, promulgada el 06 de julio de 2005); la realización de determinaciones genéticas (Leyes 26.548, creación del Banco Nacional de Datos Genéticos, promulgada el 26 de noviembre de 2009 y 26.879, creación del registro Nacional de Datos Genéticos, promulgada el 03 de julio de 2013).

La síntesis evolutiva legislativa efectuada permite inferir que el denominador común, respecto de los organismos judiciales periciales, es el señalamiento y exigencia de su transformación en ámbitos públicos de efectiva garantía de los derechos ontológicos de las personas así como efectores accesibles y eficaces del sistema de administración de justicia.

Organización de la Justicia

La incidencia de las reformas introducidas en la organización del sistema judicial, sobre la actividad pericial, son de larga data. No obstante, la sanción de las Leyes 23.984 (Código Procesal Penal, promulgada el 04 de septiembre de 1991) y 24.050 (Competencia penal, promulgada el 30 de diciembre de 1991) así como 24.946 (Ley Orgánica del Ministerio Público, promulgada el 18 de marzo de 1998), fueron las que mayores modificaciones acarrearón a los organismos técnico-judiciales tanto porque determinaron un incremento estructural de los

órganos jurisdiccionales cuanto una modalidad operativa diversa. Previamente la creación y organización de los tribunales de familia en la Capital Federal, se realizó por Ley 21.180 (promulgada el 24 de octubre de 1975). El artículo 6° establecía la creación de un cuerpo de auxiliares técnicos -psiquiatras, psicólogos, psicopedagogos y asistentes sociales- para asistir a jueces y asesores de familia, dependiente de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil de Familia, designados por la Corte Suprema de Justicia de la Nación; sin perjuicio de ello, los/as magistrados/as podrían solicitar los servicios del Cuerpo Médico Forense y de cualquier organismo público o privado, en caso de considerarlo necesario.

En efecto, de modo simultáneo a la puesta en vigencia de dichas normas, la mayor demanda de actividad pericial determinó la adaptación cuantitativa de los recursos humanos y con la oralidad del proceso penal, se incorporó el principio de especialidad en la integración y trabajo de los organismos. Ambas medidas tuvieron origen administrativo y alcances distintos, en la justicia federal-nacional y locales.

El marco legislativo, hasta el presente, mantiene vigente la organización y funcionamiento de los cuerpos periciales en el ámbito nacional, según la estableció el decreto-ley 1285/58 (ratificado por Ley 14.467/58; arts. 52 a 63, inclusive ambos) y su única reforma, fue introducida por la Ley 24.053 (promulgada el 06 de enero de 1992) que creó los cargos de perito psicólogo y odontólogo. En otros términos el diseño original dado por el legislador, hace casi 60 años, se conserva sin cambios frente a la progresiva tendencia a diversificar los órganos jurisdiccionales por fuero y aún temática; a ello se suma la facultad ejercida por el Ministerio Público en el sentido de crear sus propios equipos periciales (Fiscal y de la Defensa). Asimismo, en los sistemas judiciales provinciales continúan vigentes, con algunas excepciones, estructuras previstas en las respectivas leyes orgánicas, hace varias décadas.

La adopción del sistema penal acusatorio, precedida por normas procesales provinciales y de reciente incorporación a nivel nacional (Ley 27.063, aún no vigente) plantea la sujeción dinámica de los organismos técnicos respecto del Ministerio Público Fiscal. Este criterio contradice el sustentado en varias normas estructurales anteriores, según el cual los cuerpos técnicos periciales actúan siempre a requerimiento de los/as jueces/as (cfr. a nivel federal y nacional, art. 56; decreto/ley 1285/58) y debería ser adecuado por vía legislativa (en el caso citado, la Comisión Bicameral prevista por el art. 7 de la ley).

Originada en el sistema político federal de gobierno, la organización de la justicia de la Nación, las Provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires es independiente pero semejante. No obstante, en lo referente a organismos periciales, subsiste una considerable diversidad relativa a los recursos materiales, humanos y las relaciones de dependencia y coordinación; a dicha heterogeneidad se agrega la coexistencia de equipos especializados interdisciplinarios que no siempre son parte integrantes de aquellos organismos e inclusive, del sistema judicial o del Ministerio Público.

Regulación de la actividad pericial

La intervención de expertos en alguna ciencia, arte o profesión, dentro del proceso judicial, es una facultad o mandato impuesto por la ley al órgano jurisdiccional. La "Medicina Legal" (entendida como un todo multi e interdisciplinario) ofrece la particularidad de reunir características propias de la ciencia (básica y aplicada), la tecnología, las técnicas sociales, el arte y las humanidades (10).

La actividad pericial es, en definitiva, el modo de aportar posibilidades a través del cual, la "Medicina Legal" afronta las necesidades del Derecho. Es un hacer técnico sustentado en conocimientos específicos cuya aplicación, requiere condiciones materiales y humanas que garanticen la validez y confiabilidad de sus resultados. De allí la conveniencia de establecer, por vía reglamentaria, sus alcances y el contexto mínimo suficiente a dichos fines.

Los requerimientos jurisdiccionales -provenientes de su iniciativa o a propuesta de las partes- no siempre se corresponden con la efectiva realización de las posibilidades señaladas, sea por ajenidad disciplinaria/interdisciplinaria disponible, por carencia de herramientas técnicas diseñadas al objeto requerido, o por inadecuación de las circunstancias condicionantes de la actividad pericial. También en estos supuestos se advierten los beneficios de una reglamentación previa y, en defecto, cabe priorizar los criterios científicos sin desmedro de las facultades jurisdiccionales.

Hay dos situaciones que conllevan un muy alto riesgo de vulnerabilidad de la actividad pericial: su confusión con la práctica asistencial y con las intervenciones ordenadas a la prevención y control de salud laboral. En su caso, se requiere la asunción de un deber de vigilancia continuo y en el otro, la adhesión a políticas y programas preestablecidos por organismos legalmente asignados (Ley 19.587/72); en ambos, no se verifican hechos controvertidos ni se asesora sobre avances tecnológicos o científicos necesarios para la adopción de una decisión jurisdiccional.

Principios y objetivos de gestión administrativa

El Estado de derecho requiere de organismos eficientes y eficaces para la adecuada administración de los recursos públicos; el sistema de administración de justicia es garantía concreta del bien común y de promoción del desarrollo vital de las personas mediante el reconocimiento y protección de sus derechos; y los órganos oficiales efectores de actividad pericial demandan una gestión conforme a dichos principios y ordenada al cumplimiento de los objetivos que establezca el marco normativo. Entre los medios conducentes a lograrla, cabe destacar:

- a. Sistema de selección de aspirantes a cargos periciales, técnicos y administrativos a través de concursos públicos de antecedentes y oposición;
- b. Reglamentación de la actividad pericial con delimitación y exclusión de otras funciones de la práctica profesional;
- c. Asignación de la demanda de trabajo según la aptitud legalmente exigible, formación y capacitación habilitada y modalidad interdisciplinaria acorde a las cuestiones periciales a resolver;

d. Imparcialidad en la realización de prácticas periciales, desde su asignación a la dedicación exclusiva y excluyente a la función por parte de quienes la lleven a cabo, excepto las que resulten necesarias o convenientes para el mantenimiento de su experticia;

e. Formación y capacitación permanente de todo el personal que participe en la realización de actividad pericial (profesional, técnico y administrativo);

f. Aplicación de políticas, programas y acciones tendientes a preservar la aptitud psicofísica del personal y garantizar un trabajo seguro (en el sentido estricto de la expresión, según normativa de la O.I.T.);

g. Implementación de proyectos operativos de trabajo pericial integrado, protocolizados y establecidos como requisitos de cumplimiento básico;

h. Adecuación de recursos materiales según criterios técnico-periciales, planificación de objetivos que aseguren la calidad de las prácticas mediante su acreditación e intervención de profesionales especializados en administración patrimonial;

i. Incorporación de equipos e instrumentos informáticos con niveles de seguridad, tanto a los aspectos estrictamente técnicos (inclusive, su registro mediante imágenes) cuanto a los administrativos;

j. Creación de un marco normativo de cooperación, capacitación e investigación técnico-pericial entre los organismos pertenecientes a distintas jurisdicciones.

Algunos de los señalamientos precedentes, si bien persiguen revalorizar aspectos esenciales de la actividad pericial como la indemnidad de la imparcialidad que le debe ser propia, también conllevan un cierto grado de regulación de la discrecionalidad de los órganos jurisdiccionales, legalmente reconocida. Así, la asignación informática del trabajo pericial no estrictamente compatible con las facultades conferidas a dichos órganos por disposiciones tales como el art. 62 del decreto/ley 1.285/58 ("*Sin perjuicio de la distribución de tareas que fijen los reglamentos, los magistrados judiciales podrán disponer, cuando lo crean necesario, de los servicios de cualquiera de los integrantes de los cuerpos técnicos*").

En otros casos, como el citado en el punto f, se trata de concretar una tendencia actual de la actividad pericial. Consiste en un conjunto de acciones diversas (desde la aplicación de la perspectiva de género, a la prevención de la violencia laboral; desde el uso de adecuados parámetros de bioseguridad, a la estricta prevención y mantenimiento de la salud física y psíquica del personal) cuyo denominador común es propósito de lograr que los/as operadores/as que intervienen en la actividad pericial, conserven aptitud no académica para el desempeño de sus funciones. Es una realidad comprobada que, con frecuencia, los resultados de una práctica pericial son dependientes de factores inherentes al operador/a, independientes de su capacidad académica y experiencia; se trata entonces de asegurar mínimas condiciones personales, tanto como otros estándares relativos a las condiciones y requisitos materiales para su realización.

Otros, finalmente, consolidan la concepción de la actividad pericial como un servicio que, aunque con características propias, integra el sistema de administra-

ción de justicia y está sujeto a los principios de generalidad -“todos los habitantes tienen derecho a gozar del servicio”-; uniformidad -“exigirlo en igualdad de condiciones”-; regularidad -“de conformidad a reglas y condiciones pre-establecidas”-; y continuidad -el más importante de todos-, aunque “no significa que la actividad sea ininterrumpida, sino tan sólo que satisfaga la necesidad pública toda vez que ella se presente... reside, pues, en que se satisfaga oportunamente -sea en forma intermitente, sea en forma ininterrumpida, según el tipo de necesidad de que se trate- la necesidad pública” (11).

Vigencia de los organismos periciales

En la línea de las consideraciones precedentes, cabría interrogarse acerca de la vigencia actual de la concepción de organismos técnico-judiciales encargados de realizar actividad pericial, sea dependiente del Poder Judicial o del Ministerio Público. Al respecto se considera que, efectivamente, es un criterio de organización adecuado frente a la alternativa de atomizar el recurso entre todos los diversos órganos jurisdiccionales. Más que ésta, la cuestión reside en el diseño de estructuras y operatividad acordes a los avances científicos y tecnológicos aplicados por el “todo médico-legal”; que satisfaga en la mayor medida posible los lineamientos señalados por la evolución legislativa -inclusive, la relativa a la organización de la justicia; y dotarlos de un sistema de gestión eficiente y eficaz.

En efecto, la realidad actual muestra aspectos de vulnerabilidad derivados de la carencia de una integral acción renovadora de dichos efectores, no en el sentido de la necesidad de sus funciones (aunque admiten su reformulación) sino el de su organización estructural, reglamentación funcional, adecuación de recursos -materiales y humanos-, gestión acorde a parámetros de acreditación y coordinación de sus servicios. Dicho objetivo no podría lograrse con éxito si se consideraran criterios genéricos, aplicables a cualquier otro organismo jurisdiccional; requiere la activa y principal intervención de expertos en materia “médico-legal”, conocedores

específicos de las necesidades que demanda el adecuado funcionamiento de un organismo pericial.

En ese orden, sería útil aprovechar los criterios de la denominada Teoría de la Organización, según los cuales las unidades que integran la Administración Pública pueden considerarse organizaciones (a los efectos de diseño y analítico), “independientemente que su entorno este configurado por otras unidades administrativas y que sus objetivos y decisiones estén condicionadas por los criterios de instancias superiores”. Así, los organismos periciales pueden ser conceptualizados como toda otra organización pública, articulada en tres grandes ámbitos:

a. ocio-técnico: entorno, objetivos, estructura, recursos financieros y materiales y procesos administrativos;

b. Político-cultural: objetivos y estrategias de los diversos actores destinadas al control de los recursos y la influencia en el proceso de toma de decisiones; todo ello, según parámetros culturales específicos tales como costumbres, símbolos, mitos, valores); y

c. De control y mejora: sistemas de información y control para la revisión crítica de objetivos e impulso de propuestas de cambio y mejora (12).

Conclusiones

A causa de múltiples y variados factores evolutivos, los organismos judiciales encargados de la actividad pericial “médico-legal” muestran en la actualidad, signos indicativos de una necesidad de su reformulación estructural y dinámica, en el contexto marcado por avances científicos y tecnológicos así como legales y administrativos.

Su vigencia se mantiene, en términos de unidades organizativas de la Administración Pública y su eficacia y eficiencia, son dependientes no solo de adecuados criterios científicos sino también, de gestión.

En fin, el desafío presente y futuro será su transformación conceptual, desde entidad- “corporación científica” a “unidad de prestación de un servicio público” integrante del sistema de administración de justicia ■

Referencias bibliográficas

1. Organización de los Tribunales de la Capital Federal. Ley 1893/1886. Boletín Oficial, (02-11-1886)
2. Ley 3356/1896. (03-07-1896)
3. Ley Nacional de Salud Mental. Ley 26.657/2010 de 02 de diciembre. Boletín Oficial, (03-12-2010).
4. Pérez Matos NE, Setién Quesada E. La interdisciplinariedad y la transdisciplinariedad en las ciencias: una mirada a la teoría bibliológica-informativa [Internet]. *Acimed* 2008; 18 (4). Disponible en: bvs.sld.cu/revistas/aci/vol18_4_08/aci31008.htm.
5. Naciones Unidas. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. PROTOCOLO DE ESTAMBUL. Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Revista N° 1. Serie Capacitación Profesional N° 8; 2000.
6. E. R. s/abuso sexual (28/4/2010), Sala Penal del Trib. Sup. Just. Córdoba-cfr. fallos “Vaudagna”, S. n. 209, 14/08/2008 y “Mendoza”, S. n. 21, 27/02/2009-; H. R. s/trata de personas menores de edad (27/4/2010), Trib. Oral Crim. Fed. Córdoba, n. 2, entre otros.
7. Sozzo M. Locura y crimen. Nacimiento de la intersección entre los dispositivos penal y psiquiátrico. Ciudad de Buenos Aires: Didot; 2015.
8. Torres Lépori A. Los tratados internacionales en la Constitución Argentina [Internet]. Disponible en: www.derecho.uba.ar/.../los-tratados-internacionales-en-la-constitucion-argentina.pdf.
9. Comisión Redactora Decreto Presidencial 191/2011. Fundamentos del Anteproyecto de Código Civil y Comercial de la Nación [Internet]. Disponible en: www.nuevocodigocivil.com/wp-content/uploads/.../.
10. Bunge M. Filosofía para médicos. Buenos Aires: Gedisa; 2012.
11. Gordillo A. Tratado de Derecho Administrativo. Ciudad de Buenos Aires: Servicios Públicos; 2013.
12. Ramió C. Teoría de la Organización y Administración Pública [Internet]. Disponible en: www.fcpolit.unr.edu.ar/tecnologias-delaadministracion.

Platón psiquiatra, Foucault platónico

Nicolás Mathov

Abogado (UBA)
Doctor en Ciencias Sociales con orientación en Filosofía (UBA)
Becario posdoctoral del CONICET
E-mail: nicolasmathov@yahoo.com.ar

Platón

Platón psiquiatra, Platón *curador-sanador* de la *psyché*. El título de este trabajo se inspira, en parte, en el trabajo del filósofo italiano Giorgio Colli, *Platón político*. Al decir, ahora, "Platón psiquiatra", no se está diciendo algo diferente: se trata de pensar y de reflexionar en torno de una problemática que para el filósofo griego está en el núcleo de la política. También podría titularse el presente trabajo, y mentando absolutamente lo mismo, "Platón pedagógico", y los problemas y las cuestiones tematizadas serían exactamente las mismas.

Para poder comprender la interconexión entre toda una serie de nociones y conceptos que para nosotros aparecen como distintos y separados, resulta útil y esclarecedor recurrir, siguiendo al filósofo alemán Werner Jaeger, a la noción de *paideía* (que en español podríamos

traducir como *educación-formación-cultura*). El gran mérito de este filósofo ha sido comprender la imbricación entre toda una serie de cuestiones que para nosotros, casi dos milenios y medio después de Platón, pueden presentársenos como fenómenos desvinculados, inconexos o autonomizados. La potencia de la noción de *paideía* está dada justamente por su capacidad para deconstruir nuestros saberes compartimentalizados y permitirnos analizar toda una serie de fenómenos que "en los comienzos" de nuestra cultura greco-cristiana estaban estrechamente enlazados. Sólo así, teniendo presente la multiplicidad de cuestiones y problemas que encierra la *paideía*, se podrá comprender la vigencia, la relevancia y la "contemporaneidad" del pensamiento platónico, no sólo en materia "filosófica" en el sentido académico y restringi-

Resumen

El presente trabajo explora los vínculos entre las nociones de "alma", "ley" y "palabra" en la obra de Platón, con la intención de resaltar la importancia y la centralidad de la dimensión filosófico-terapéutica dentro del pensamiento del filósofo griego. En ese sentido, el trabajo pretende señalar que los problemas "actuales" o "contemporáneos" que se discuten en el marco de las "Ciencias Humanas" en general, y de la Psiquiatría en particular, encuentran en Platón un interlocutor ineludible, principalmente por el influjo que sus ideas han tenido en el decurso de nuestra cultura greco-cristiana. Es en esa línea, y con ese objetivo, que el trabajo explora la lúcida y polémica lectura que el filósofo francés Michel Foucault ha hecho de Platón.

Palabras clave: Platón - Foucault - Alma - Palabra - Ley.

PLATO PSYCHIATRIST, FOUCAULT PLATONIC

Abstract

This work explores the links between the concepts of "soul", "law" and "word" in Plato's work, in order to highlight the importance and the centrality of the philosophical-therapeutic dimension in the Greek philosopher's thought. In that way, this work pretends to show that "contemporary" problems usually discussed within "Human Sciences" in general, and Psychiatry in particular, should confront their knowledge with Plato's work, mainly due to the profound influence his ideas have had in our Greco-Christian culture. In that sense, and with that objective, this work also explores Michel Foucault's lucid and controversial interpretation of Plato.

Key words: Plato - Foucault - Soul - Word - Law.

do que le damos nosotros hoy en día a ese vocablo, sino la importancia de un “Platón psiquiatra”, de un “Platón político”, de un “Platón pedagógico”, en cuya obra literaria han quedado plasmados y planteados los grandes problemas de la existencia, de ayer y de hoy.

En el momento histórico de crisis política y anarquía en el que escribió Platón, el filósofo griego creyó que el orden “no podría conseguirse por la simple implantación de un poder fuerte exterior, sino que debía comenzar por la conciencia de cada cual, como hoy diríamos, o, como se diría en el lenguaje de los griegos, por su alma” (1). La noción de *psyché* (alma) es fundamental dentro de la obra médico-filosófica platónica y sólo puede ser comprendida sobre el trasfondo de la “animalidad” del “hombre”. La función del concepto “alma”, en la obra del escritor Platón, es precisamente la de ser un “tensor” o un “dispositivo” que permita poner en marcha el proyecto pedagógico-psiquiátrico (*paidéutico*) de ejercer un auto-control ético-político sobre una serie de “fuerzas”, “energías”, “apetitos” o “impulsos” que acechan y asechan al “alma”. Para el *terapeuta* (que en griego quiere decir “ocuparse de”, o sea, “aquel que se ocupa de”) Platón, la *psyché* será aquello que deberá controlar aquellas fuerzas “animales” que amenazan al “hombre”. Sin la distinción entre “*psyché*” y “*soma*”, entre “alma” y “cuerpo”, no sería posible pensar al “animal político”, al célebre *zoon politikon*. El animal que somos “recibirá”, en la obra del escritor Platón, una “chispa divina” que le ofrecerá la posibilidad de “salvarse” de una “animalidad” que en el pensamiento del filósofo griego es sencillamente la criminalidad de los impulsos y los instintos sin control alguno (el emprendimiento “Hombre” al que nos convoca el tándem Platón-Sócrates consiste justamente en establecer un cierto auto-dominio ético-político sobre aquellos apetitos sin medida y sin ley).

Pero en la epopeya filosófica trazada por Platón (epopeya que es preciso recordar que llega hasta nuestros días y continúa) la situación del animal-hombre es harto paradójica: no estamos de antemano en condiciones de domeñar a la animalidad criminal que nos funda y que nos da su soporte biológico para estar vivos: será preciso que la *paidéia* y la “divinidad” de la *psyché* ordenen y regulen al “animal” para que a través del *lógos* (palabra, discurso) aquel se convierta efectivamente en un “animal político” y no permanezca toda su vida siendo un mero animal-vegetal; retomando a Aristóteles y al “vegetal” que se niega a hablar en su *Metafísica*, Derrida escribe: “En el límite de este ‘No querer decir nada’, apenas es un animal, mejor una planta, una caña y que no piensa. Es posible, sin embargo, establecer por refutación la imposibilidad de que la misma cosa sea y no sea, con tal que el adversario diga algo. Si no dice nada, es ridículo buscar una discusión con alguien que no quiere hablar de nada: un hombre semejante, en tanto que tal, es semejante desde este momento a un vegetal’ (*Metafísica 1006a10*)”, y agrega el filósofo francés: “Sea, en efecto, un sujeto concreto, Sócrates, cuya esencia es la humanidad; se habrá anunciado lo propio cada vez que podamos decir ‘Si Sócrates es un hombre, posee el *lógos*’ y recíprocamente, ‘si Sócrates posee el *lógos*, es un hombre’(...); lo propio del hombre es

la gramática, es ser capaz de aprender a leer y a escribir” (2).

Habiendo ya esbozado el lugar central de la *paidéia* y la *psyché* en el marco del proyecto pedagógico-terapéutico (filosófico) platónico, resulta necesario prestar especial atención a otros dos conceptos: *lógos* (palabra) y *nómos* (ley). Así, podrá verse que el problema de la “exterioridad” de la ley y el orden de la *pólis*, se convierten, por primera vez con Platón, en problemas de la “interioridad” de la *psyché*. Ahora bien, el “canal” a través del cual la *pólis* establecerá un diálogo tutelar con la *psyché* es justamente la palabra, el *lógos*, que deberá implantar en el alma el *nómos*, la ley; escribe Derrida: “Platón asocia siempre el habla y la ley, *lógos* y *nómos*” (3). Para Platón, el orden político descansa en última instancia, y encuentra su pilar fundamental, en la palabra, en el *lógos* en tanto que fuerza que mantiene cohesionada a la comunidad humana. El drama del alma es que ésta estará tensada por la “animalidad criminal”, por “lo bajo”, y por el *lógos* divino “por lo alto”: el auto-dominio ético-político será precisamente el conducirse conforme al *lógos*, conforme a la virtud y a la justicia, que son sencillamente aquello que refrena los instintos y apetitos animales-criminales. En un célebre pasaje de su diálogo *Fedro*, Platón explica el alma recurriendo a la imagen de un carro con un auriga tirado por dos caballos (4). Sobre esta cuestión, Giovanni Reale comenta: “Y he aquí la espléndida metáfora con la que Platón presentó la doctrina en el *Fedro*. El alma puede representarse como compuesta por un carro alado, tirado por dos caballos y guiado por un auriga. Los dos caballos simbolizan las fuerzas irracionales de lo irascible y concupiscible, el auriga la fuerza de la razón. El primer caballo, símbolo de la fuerza irascible, es bueno (...) y no requiere la fusta sino que se lo guía con la sola señal de comando y con la palabra. El otro caballo, símbolo de la fuerza concupiscible, (...) [sólo] obedece a una fusta con púas. Platón describe la dinámica de estas fuerzas de manera espléndida, en una de las páginas que anticipan las más profundas investigaciones psicológicas” (5).

Para el pedagogo y terapeuta Platón, el orden político depende del orden y la armonía de las “interioridades” que cohabitarán la *pólis*. De ahí que el diálogo *República*, lejos de ser un escrito sobre teoría política y formas de gobierno, tal como su título parecería indicarlo, sea, en verdad, un diálogo sobre pedagogía y adiestramiento-educación de cuerpos-almas: una *pólis* ordenada sólo podrá surgir, para Platón, cuando cada uno de los individuos se auto-gubierne correctamente y consiga domeñar la propia animalidad criminal que lo habita y lo acecha. Pero como el filósofo griego sabe que es imposible que la educación integral del individuo triunfe por sobre la animalidad y la violencia de manera definitiva (puesto que en última instancia sería preciso sacrificar completamente al animal que le sirve “de soporte” al “hombre” para salvaguardar de manera definitiva la “racionalidad” de las irrupciones “animales”), entonces se ve obligado a escribir el diálogo *Leyes* para normativizar y ordenar la vida mancomunada, a través del lenguaje y la palabra, pero con la fundamental pretensión de que sea el *lógos*, la palabra, el gran fármaco psico-político de contralor y regulación de cuerpos-almas (la superposición de los

conceptos *lógos-nómos* se comprende en la medida que es la palabra la que deberá *hacerse ley en la carne del alma*). Así como la noción de *paideía* engloba y reúne cuestiones que para nosotros pueden no estar relacionadas, con la noción de *lógos* sucede algo similar: *lógos* es al mismo tiempo lenguaje y palabra, pero no sin un cierto orden, no sin una cierta *ley* que ordene la forma de hablar y las reglas discursivas con las que se comunicarán y discutirán los “animales políticos” o las “bestias políticas” que conformarán la *pólis*. De ahí que la noción de *lógos* sea inseparable de la noción de *nómos*, que quiere decir ley. Entonces, es preciso pensar el *lógos-nómos* para entender por qué la “ley” de la que habla Platón es un concepto mucho más amplio y potente que la “ley” a la que nosotros hacemos referencia, comúnmente, entendiéndola como una formalidad escrita que es preciso interpretar. Lejos de ello, la “ley” en Platón va mucho más allá de la mera escritura, que es para el filósofo griego, como toda escritura, una mera pintura muda; su ley es, por el contrario, la potencia discursiva misma funcionando como un poderoso psico-fármaco inductor de conducta que “golpea” a la *psyché* implacablemente, para modificar su forma de vida, para convertirlo en un “animal politizado” (un animal parlante que no sea un mero vegetal) y para mantener tensado a perpetuidad el conflicto entre la “animalidad criminosa” y esa técnica de auto-control ético-impulsivo que recibirá el nombre de “hombre”.

Psyché

Según la tesis hermenéutica introducida por Burnet y Taylor, fue con Sócrates que la cultura occidental adquirió el nuevo concepto de *psyché*, de alma, como capacidad de entender y de querer, y como esencia que diferencia al hombre del resto de los seres (6). Sócrates adquiere conciencia de que el alma es la actividad inteligente y moral del hombre, así, se produce una revolución en el significado del término *psyché*: el hombre será su alma y la tarea suprema del hombre será precisamente abocarse al cuidado perpetuo y permanente de su alma (7). De allí la centralidad de la *paideía* entendida como actividad (terapéutica, pedagógica, política y ética) infinita: el cuidado del alma, la preocupación del sí por sí, sólo podrá cesar con la existencia misma de ese animal que estamos si(gui)endo a cada instante. Si bien el término “pedagogía” nos remite etimológicamente a la guía de un animal infante no formado, por parte de un animal adulto ya formado, en verdad la pedagogía platónica es una terapia política infinita puesto que la “infancia” no es un período temporal que habría de ser alguna vez definitivamente traspasado; muy por el contrario, es el trasfondo bestial-animal que acompaña al “hombre” -al “animal político”- todo a lo largo de su existencia, al mismo tiempo como su combustible vital y como su peligro más inminente.

Sólo después de la “revolución del alma” aparecerá un sujeto capaz de hablar de un “yo” en el sentido de “su alma”, en el sentido de su “esencia”, de lo que “verdaderamente es”. El Sócrates de los textos del escritor Platón es el testimonio de la “invención” y el “descubri-

miento” del “yo”, de la “vida interior”, del “espíritu pensante”, del “sujeto responsable” que se ha separado de la naturaleza y entonces debe re-establecer con su “entorno” un cierto ritual de comunicación e interacción (una moral, una ética, una legalidad). Pero básicamente, se trata del surgimiento de un “yo responsable” que ya no podrá legítimamente descargar su “culpa” en las fuerzas naturales que lo rodean y que lo constituyen en lo más íntimo. El surgimiento de un tal sujeto es forzosamente trágico, puesto que él es naturaleza, está en la naturaleza, pero aún así se ve conminado -*paideía* mediante- a enseñorearse por sobre todas esas fuerzas que lo dominan para poder “responder”, llegado el caso, como si él fuera el amo y señor de sus decisiones. Sobre este punto, en su *Paideía*, Werner Jaeger señala que Platón y Sócrates ponen en la palabra “alma” un “acento sorprendente, una pasión insinuante y como un juramento. Ninguna boca griega había pronunciado antes así esa palabra. Tenemos la sensación de que nos sale al paso aquí, por primera vez en el mundo occidental, algo que aún hoy designamos en ciertas conexiones con la misma palabra, aunque los psicólogos modernos no asocian a ella la idea de una ‘sustancia real’. La palabra ‘alma’ tiene siempre para nosotros, por sus orígenes en la historia del espíritu, un acento de valor ético o religioso. Nos suena a cristiano, como las frases ‘servicio de Dios’ y ‘cura del alma’. Pues bien, este alto significado lo adquiere por vez primera la palabra ‘alma’ en las prédicas protrépticas de Sócrates” (8).

En el curso 1981-1982 (*La hermenéutica del sujeto*), Foucault señala que Platón es quien descubre el “alma sujeto” como objeto de ocupación del filósofo, a diferencia del médico, que se ocupa del cuerpo (9). En el curso 1983-1984 (*El coraje de la verdad*), el filósofo francés se refiere a la *parrhesía* (el decir veraz, el hablar con franqueza y sin miramientos) que se dirige a la *psyché* para transformarla y formar un *ethos*, es decir, palabra que se dirige al alma para promover una determinada manera de vivir, determinados hábitos, determinadas costumbres. La palabra tiene así una función *ethopoiética*: produce un *ethos* y, con ello, una forma de vida, un modo de vivir, una forma de ser del alma (10). Sócrates es un psico-terapeuta, es aquel que “se ocupa de” la *psyché* de sus conciudadanos, a través del uso del *lógos*-fármaco como herramienta terapéutica. El médico de almas Sócrates es filósofo justamente porque su objeto de trabajo son las almas, y eso, para Platón, es lo que lo diferencia del médico que se ocupa de los cuerpos. En ese sentido, hay ya allí trazada una jerarquía por parte del escritor Platón: la labor del filósofo es más “noble” que la del médico puesto que aquel se ocupa de la parte “racional” (el alma) del “animal político” mientras que el último se ocupa de la parte “irracional” (el cuerpo). Al final del curso 1983-1984, Foucault anotó en su manuscrito: “(...) la relación con el alma forma parte de un conjunto: (...) relación con el cuerpo, con las pasiones, con los acontecimientos (...) y esas relaciones, intenté analizarlas como temas de prácticas, es decir: objetos de elaboración de acuerdo con procedimientos técnicos, sobre los cuales se reflexiona, y que se modifican y se perfeccionan; que se enseñan y se transmiten mediante ejemplos; que uno pone en ejecución a lo largo de su existencia, sea

en ciertos momentos privilegiados y escogidos, sea de manera regular y continua; esas prácticas echan raíces en una actitud fundamental que es la preocupación por sí mismo, el cuidado de sí, y su fin es constituir un ethos, una manera de ser y hacer, una manera de conducirse, correspondiente a ciertos principios racionales y fundadora del ejercicio de la libertad entendida como independencia; el estudio de las prácticas de sí es, pues, el estudio de las formas concretas, prescripciones y técnicas adoptadas por el cuidado de sí en su papel etopoyético" (11).

Lógos-nómos

En su última "etapa", cuando se dedica a explorar la "filosofía antigua", Foucault también le presta especial atención a la función psico-farmacológica del lógos, de las palabras, de los discursos. En ese sentido, hablará de los discursos no como proposiciones verdaderas o falsas sino como un equipamiento de frases que tenemos efectivamente incrustadas en nosotros y que portamos en tanto que atletas de la existencia: un "equipamiento material de lógos" que forman un verdadero almacén y que constituyen principios aceptables de comportamiento (12). "Son esquemas inductores de acciones que son tales, en su valor y su eficacia inductora, que a partir del momento en que se presentan -que están presentes en la cabeza, en el pensamiento, el corazón, el cuerpo mismo de quien los posee-, pues bien, su poseedor actuará como si lo hiciera espontáneamente. Como si fueran esos logoi [discursos] mismos los que, confundiendo poco a poco con su propia razón, su propia libertad y su propia voluntad, hablaran, hablaran para él: no sólo diciéndole lo que hay que hacer sino haciendo concretamente, según la modalidad de la racionalidad necesaria, lo que hay que hacer. En consecuencia, esos elementos materiales de lógos racional se inscriben efectivamente en el sujeto como matrices de acción" (13). El lógos es un auxilio: "Cuando se presenta una circunstancia, cuando se produce un acontecimiento que pone en peligro al sujeto, el dominio del sujeto, es preciso que ese lógos pueda responder en el momento en que se le pide y haga oír su voz, anunciando en cierto modo al sujeto que está ahí para auxiliarlo. Y el auxilio radica precisamente en el enunciado, en la reactualización de ese lógos, en esa voz que se deja oír y promete socorro" (14). El lógos es lo que acude en nuestra ayuda como "lógos remedio (lógos pharmakon)" (15). Los discursos son el "equipamiento" para poder ejercer el auto-dominio ético-terapéutico-político que hacen del "animal" un "hombre"; son fármacos que deben estar a disposición, a mano, o incrustados en el alma, para protegerla. Hay, así, una suerte de asimilación fisiológica de los discursos, y el lógos tiene, al mismo tiempo, una función protectora y una potencia salvífica.

En el curso 1982-1983 (*El gobierno de sí y de los otros*), Foucault se referirá a la analogía entre filosofía y medicina en Platón y citará la *Carta VII* -de éste último- para resaltar no sólo aquella vinculación sino también la importancia del "escuchar" por parte de quien va a ser médico-filosóficamente "curado"; dice Foucault: "Para que la filosofía no sea puro y simple discurso sino realidad, no debe dirigirse a todo el mundo y a cualquiera, sino únicamen-

te a quienes quieren escuchar. Y esto es lo que dice el texto, que empieza así: 'El consejero de un hombre enfermo, si éste sigue un mal régimen, ¿no tiene como primer deber hacerlo modificar su género de vida? Si el enfermo quiere obedecer, él indicará entonces nuevas prescripciones. Si se niega, estimo que es de hombre recto y verdadero médico no prestarse más a nuevas consultas' [Carta VII 330c-d] (...). Ser escuchado y hallar en el oyente la voluntad de seguir el consejo que ha de dársele: tal es la primera condición del ejercicio del discurso filosófico como tarea, como trabajo, como ergon [obra], como realidad" (16). Foucault, lector de Platón, sigue diciendo: "El médico, el buen médico, es también quien es capaz de persuadir a su enfermo. Los remito por ejemplo, en el libro IV, párrafo 720a-e de Leyes, a la célebre distinción entre las dos medicinas. La medicina para esclavos que es practicada por estos mismos, sea que tengan un consultorio o hagan visitas, no importa, es una medicina que se conforma con dar prescripciones, decir lo que hay que hacer (medicina, medicamentos, escarificaciones, incisiones, amuletos, etc.). Y además existe la medicina para personas libres, ejercida por médicos que por su parte son hombres libres. Esta medicina se caracteriza por el hecho de que el médico y el enfermo hablan uno con otro. El enfermo informa al médico de cuáles son sus padecimientos, cuál es su régimen, cómo ha vivido, etc. Y a cambio, el médico le explica por qué su régimen no es bueno, por qué se ha enfermado y lo que tiene que hacer ahora para curarse, hasta persuadirlo de que efectivamente de ese modo va a sanar. La buena medicina, la gran medicina, la medicina libre, es pues un arte del diálogo y la persuasión. La tercera y última característica que encontramos en general para definir la medicina es el hecho de que la buena medicina no concierne simplemente a tal o cual enfermedad que se trate de curar, sino que es una actividad, un arte que toma en cuenta la vida entera del enfermo y se hace cargo de ella. Es cierto, hay que dar prescripciones para que la enfermedad desaparezca, pero es preciso establecer todo un régimen de vida. Y justamente con referencia a ese régimen de vida, la tarea de persuasión, que es propia de la medicina y del médico, resulta una de las más importantes, de las más decisivas" (17).

Foucault, en defensa de Platón, arremeterá contra el eximio epistemólogo Karl Popper que en su obra *La sociedad abierta y sus enemigos* considera al proyecto político-pedagógico platónico como "totalitario". Esto es lo que dice el "abogado" francés de Platón: "cualquier lectura de Platón que busque en él, a través de textos como la República y las Leyes, algo semejante al fundamento, el origen, la forma mayor de un pensamiento político -digamos (para ir rápido, porque la hora pasa) 'totalitario'-, debe sin duda revisarse por completo. Y las interpretaciones bastante fantásticas del bueno de Karl Popper no tienen en cuenta, desde luego, el detalle concreto y el juego complejo de Platón con respecto al problema de la nomotética, la proposición y la formulación de leyes. En esta carta [se refiere a la célebre Carta VII], Platón recusa y en cierto modo tira de la alfombra sobre la cual ha puesto sin duda la República, a buen seguro las Leyes, y esa actividad nomotética que aparece ahora como una actividad poco seria. Por consiguiente, la relación de la filosofía con la política, la prueba de realidad de la filosofía con respecto a la política, no va a hacerse bajo el aspecto

de un discurso imperativo en el que se den a la ciudad y a los hombres las formas obligadas a las que deben someterse para que la ciudad sobreviva. Pero, una vez jugado el juego de la ciudad ideal, es preciso recordar muy bien que el carácter serio de la filosofía está en otra parte. El carácter serio de la filosofía no consiste en dar leyes a los hombres y decirles cuál es la ciudad ideal donde deben vivir, sino en recordarles sin cesar (al menos a quienes quieren escuchar, porque la filosofía sólo debe su real a la escucha) que lo real mismo de la filosofía estará en las prácticas que uno ejerce sobre sí" (18). No es de sorprender que, como brillante epistemólogo moderno, Popper no haya comprendido toda aquella dimensión filosófico-terapéutica que es el verdadero trasfondo sobre el cual Platón idealiza, como algo inalcanzable y absolutamente imposible, el doble paradigma de una ciudad ordenada por una educación integral que torna ociosas las leyes (puesto que los individuos ya han interiorizado las máximas de conducta y han logrado dominar la "animalidad criminosa") pero que es absolutamente imposible de ser alcanzado, y el otro paradigma también ideal, pero "más real", de una ciudad ordenada por leyes "externas", por exhortos y coacciones emanadas del legislador-pedagogo que debe decir y recordar a cada instante cómo es preciso comportarse, en la medida que las almas todavía no han "incrustado" o "absorbido fisiológicamente" las pautas psicofarmacológicas de conducta proporcionadas por el *lógos*.

A diferencia del excelso epistemólogo moderno Karl Popper, el filósofo Michel Foucault, atento lector de Platón, ha "visto" que efectivamente la medicina filosófica o la filosofía médica de los escritos platónicos no apuntan seriamente a la constitución de un determinado sistema político, ni al dictado de normas, ni a la sanción de unas leyes que, tal como hemos visto, son para Platón "palabra muerta" si no llegan a inscribirse en la interioridad de la *psyché*. Contra ello, el "último" Foucault, hablando desde la antigüedad de los tiempos, clama lacónicamente: "lo real mismo de la filosofía estará en las prácticas que uno ejerce sobre sí" (19). En esa línea, analizando las prácticas del sí sobre sí, es que Foucault volverá a problematizar la cuestión de la relación entre "el hombre" y "el animal", a partir del "escándalo" del modo de vida de "los cínicos" que se oponen a "las leyes divinas, las leyes humanas y todas las formas de tradicionalidad u organización social" (20). Sigue diciendo el filósofo francés en el último de sus cursos: "el cinismo se describe como una forma de existencia muy particular, al margen de las instituciones, las leyes, los grupos sociales más reconocidos: el cínico es alguien que está verdaderamente al margen de la sociedad y circula alrededor de la sociedad misma, sin que ésta acepte recibirlo. El cínico es un paria, un vagabundo" (21). La vida del cínico, sigue diciendo, "es una vida de perro en cuanto carece de pudor, de vergüenza, de respeto humano. Es una vida que hace en público y ante la vista de todos lo que sólo los perros y otros animales se atreven a hacer, en tanto que los hombres suelen ocultarlo. La vida de cínico es una vida de perro como vida impúdica"; pero también como vida indiferente y despreocupada: "Indiferente a todo lo que puede suceder, no está atada a nada, se conforma con lo que tiene y no exhibe otras necesidades que las que puede satisfacer de

inmediato", pero también es una vida de perro porque es una "vida que ladra", "capaz de combatir a los enemigos" (22). El cínico reivindica la naturaleza del animal y exhibe escandalosamente que el "proyecto hombre" es el proyecto del animal *contra natura*, que se constituye como tal sólo en la medida en que niega, domina o contraviene, una serie de impulsos animales-naturales. Señala Foucault: "La vida pública será pues una vida de naturalidad patente y enteramente visible, como una manera de destacar el principio de que la naturaleza jamás puede ser un mal" (23). Así, para el cínico, la animalidad será un modelo de comportamiento que mostrará que el "ser humano" no debe necesitar aquello de lo cual el animal puede prescindir (24).

Foucault platónico

Aunque no sean pocos los lectores de Foucault que se limitan a hablar de "la locura" y "el encierro" -como si toda la obra de este filósofo se hubiera concentrado sólo en el análisis de esas "cuestiones"- el pensamiento de Michel Foucault recorre un camino mucho más amplio y vertiginoso que de por sí es revelador: luego de haber examinado toda una serie de cuestiones que síndica como propias de la Modernidad, el filósofo francés dedica la última etapa de su producción filosófica a la Antigüedad, para volver sobre uno de los grandes problemas de nuestra cultura greco-cristiana: la "relación" entre "hombre" y "animal". Aquellos que priorizan al Foucault que analiza "la locura" y "el encierro" -y descartan al Foucault que indaga la Antigüedad- probablemente no lleguen a comprender que "lo real mismo de la filosofía estará en las prácticas que uno ejerce sobre sí", al igual que no lo comprendió el epistemólogo moderno Karl Popper, cuando creyó, al leer el diálogo *República*, que estaba leyendo un tratado de teoría política *totalitaria*.

Es en tal caso *motivado* por su análisis de la Modernidad y la contemporaneidad (y por los "problemas irresolubles" ligados a un "poder omnímodo" que mientras más se lo resiste, más se lo fortalece y más se lo reproduce) que el filósofo francés se ha visto obligado a indagar en los "comienzos" de nuestra cultura greco-cristiana. En el curso de 1978-1979 (*Nacimiento de la biopolítica*) Foucault constata de manera clara y precisa la connivencia entre "derecho" y "poder", allí explica que durante la Edad Media el poder real creció justamente a partir de las instituciones judiciales, y que luego, en la Modernidad, se pretendió hacer del "derecho" aquello que el individuo le opone al Estado como "freno", como una "defensa" ante un eventual o inminente avasallamiento (25). Para Foucault quedaba claro que el "derecho", lejos de ser algo a reivindicar, debía formar parte de un análisis genealógico del poder y los modos de sujeción y sometimiento. Reivindicar un "derecho" como si estuviera en posición de exterioridad contra un "poder" no era otra cosa que alimentar al "poder" a través de su propio "poder" bajo el nombre de "derecho". En ese sentido, el filósofo italiano Giorgio Agamben escribe: "Los derechos del hombre representan sobre todo, en efecto, la figura origi-

naria de la inscripción de la nuda vida natural en el orden jurídico-político del Estado-nación. Esa nuda vida (la criatura humana) que en el Ancien Régime pertenecía a Dios (...) pasa ahora a ocupar el primer plano en el cuidado del Estado y deviene, por así decirlo, su fundamento terreno" (26). Para el foucaultiano Agamben, pensar la problemática política de la relación entre "el hombre" y "el animal" es "más urgente que tomar posición sobre las grandes cuestiones" (27).

El recorrido filosófico de Foucault lo conduce a abocarse a la Antigüedad para medirse, al lado de Sócrates y Platón, con los grandes problemas de la filosofía. Ese movimiento foucaultiano no está exento de polémica, puesto que llega a considerar a Sócrates un verdadero héroe: desde una posición completamente opuesta Jacques Rancière ha interpretado a Sócrates como el paradigma del maestro embrutecedor "iluminado" que mediante sus "explicaciones magistrales" va a "iluminar" a los sin-luz, de allí que Rancière postule la necesidad de un "maestro ignorante", "emancipador", que no transmita saberes y que no explique (algo que el propio Sócrates también planteaba, pero parecería que Rancière discute con el Sócrates de los textos platónicos). El Foucault admirador de Sócrates tampoco entra demasiado en el célebre problema de la "cuestión socrática", que es el problema de los diversos testimonios existentes sobre Sócrates, donde sólo el de Platón es claramente laudatorio, mientras que los otros lejos están de encomiarlo y hasta llegan a satirizarlo y presentarlo como una persona despreciable. Sin embargo, siguiendo a Platón, la lectura foucaultiana de Sócrates tiene un tono marcadamente laudatorio. Foucault parece ver en Sócrates un héroe, un inspirador, a punto tal que en su último curso (1983-1984, *El coraje de la verdad*) realiza una emotiva lectura en primera persona de algunas frases del *Fedón*, el diálogo platónico en el que Sócrates habla con sus amigos-discípulos antes de tomar la cicuta. El tono de ese curso es tan empático que no puede dejar de llamar la atención el paralelismo de dos vidas filosóficas enfrentadas a la inminencia de la muerte (28).

Conclusión

Todas estas cuestiones y problemas están presentes ya "en los comienzos" del pensamiento médico. Escribe Laín Entralgo: "el hipocrático pudo ser y hasta comenzó a ser un psicoterapeuta, más no llegó a serlo de modo suficiente. ¿Por qué? Dos razones me parecen decisivas. Una es accidental y táctica: la repulsa de la epodé [ensalmo] mágica en nombre de la medicina fisiológica. La justificada y laudable vehemencia con que el autor de *Sobre la enfermedad sagrada* polemiza contra los ensalmadores por superstición o por impostura le impidió tal vez advertir lo que los poetas y los sofistas del siglo V ya habían descubierto: que hay 'encantamientos verbales' no mágicos, capaces de modificar la realidad de quien los escucha y susceptibles, por tanto, de ser empleados como agentes terapéuticos. No es puro azar que el *Corpus Hippocraticum* no conozca el empleo metafórico o analógico del término epodé. Pero mayor importancia que esta tiene otra razón, ya no táctica y accidental, sino metódi-

ca y sustantiva: la irreprimible tendencia del hipocrático a ver y entender somáticamente, y aún sólo somáticamente, la bifronte naturaleza del hombre. La medicina necesita un métron, una medida para verificar la exactitud de sus observaciones, dicese en *Sobre la medicina antigua*: 'ahora bien, ese métron con referencia al cual podrá conocerse la verdad exacta no es ni un peso ni un número, sino la sensación del cuerpo, *tou somatos aísthesis*' (L. I, 588-590). (...) Durante cinco siglos, la percepción del cuerpo a través de los sentidos fue canon permanente de la medicina hipocrática, alfa y omega de la *téchne iatriké*, tal como Hipócrates la entendió y enseñó a entenderla. Grande, inmenso acierto. Gracias a él la medicina occidental pudo ser ciencia e iniciar con rigor y fecundidad su historia gloriosa. Pero la fidelidad a ese valioso principio metódico, ¿no habrá sido a veces excesiva? ¿No habrá conducido en ocasiones, frente a la realidad del hombre, a identificar abusivamente *physis* [naturaleza] y *soma* [cuerpo], y a menospreciar, por consecuencia, todo conocimiento acerca de la *physis humana* que no pueda ser rápida y expeditivamente reducido a la 'sensación del cuerpo'? La incapacidad de la medicina occidental para la psicoterapia verbal hasta hace algunos decenios pendía, en último término, de ese gran acierto y esa gran limitación de la medicina hipocrática. (...) Sócrates afirma la necesidad de proceder esa tarea 'más allá o por encima de Hipócrates' (...). He aquí lo que hasta fines del siglo XIX no ha sabido hacer la medicina occidental: actuar a la vez 'desde Hipócrates' (...) y 'más allá de Hipócrates' (...). Era ese el único camino para ser recta y enteramente fiel a la realidad del hombre, en el cual el estado que solemos llamar 'enfermedad' es siempre cuerpo, pero nunca es sólo cuerpo. El camino arduo y complejo que los hipocráticos supieron entrever, mas no ver y seguir con claridad y decisión suficientes" (29).

Con Platón y los sofistas se constituye en Grecia una doctrina acerca del empleo terapéutico de la palabra humana (30); esa es la época de la historia griega en que nace y toma cuerpo la medicina "técnica", "fisiológica" o "científica": la ciencia y el arte de curar de los médicos que luego hemos llamado "hipocráticos" (31). Treinta años mayor que Platón, Hipócrates pudo leer la producción de los sofistas, especialmente Gorgias, y hasta no pocos de los diálogos del gran filósofo ateniense: es tradición acreditada que Hipócrates fue discípulo de Gorgias y Demócrito (32). Ahora bien, Gorgias y Demócrito son "personajes" que dentro de nuestro gran esquema académico contemporáneo, compartimentalizador del saber, pertenecen claramente a la "filosofía antigua": son los estudiosos de esta "rama" o "área" del saber los que supuestamente leen, estudian y debaten acerca de los "presocráticos" (entre ellos, Demócrito) y los "sofistas" (entre ellos, Gorgias), personajes ambos, especialmente el último, que han tenido una enorme influencia sobre el pensamiento médico-filosófico de Platón. En ese contraste, queda planteado, desde el núcleo mismo del saber "médico", la contaminación "originaria" de los saberes (33), y entonces resulta ser que el "Gran Médico" es discípulo de dos "Filósofos". Escribe Laín Entralgo: "Platón elaboró toda una genial doctrina acerca de la acción psíquica y somática de la palabra; por tanto, acerca de la psicoterapia verbal. Es seguro que un cultivo práctico y consecuente de los

puntos de vista platónicos hubiese conducido pronto a la edificación de algo así como un 'psicoanálisis griego'. Pues bien: ni el más leve vestigio de todo esto puede ser descubierto en la colección hipocrática. Resulta tanto más extraño si se piensa en la casi segura relación discipular entre Hipócrates y Gorgias, y sobre todo si se tiene en cuenta la estrecha conexión estructural y genética que existió entre la medicina hipocrática y el arte retórico (...). A juzgar por los datos del propio Platón, el pensamiento retórico y el pensamiento médico debieron de entrelazarse y coinfluirse más de una vez durante la segunda mitad del siglo V y los primeros decenios del IV. Por eso es tanto más sorprendente el casi total silencio del Corpus Hippocraticum acerca de la acción psicoterapéutica de la palabra, y la extraordinaria vaguedad práctica y teórica de sus escritos en todo cuanto a la psicoterapia atañe" (34).

Es precisamente el filósofo y "sofista" Gorgias (sobre

esta compleja cuestión es preciso señalar brevemente que el inventor del concepto "sofista", con su carga negativa, es Platón, que lo hace justamente con la intención de combatir y deslegitimar a todos los otros oradores y escritores con los que compite médico-filosóficamente) el que compara la palabra con los medicamentos (35); así, el *lógos* tiene el poder de modificar el *nómos* y, con ello, la *physis* (naturaleza): es decir, la palabra tiene el poder de modificar las costumbres y las reglas que ordenan y gobiernan al "animal humano" que somos, y en la medida que surte ese efecto -que *hace eso*- modifica la naturaleza (la *physis*) misma de las cosas, de lo que es, de lo que somos (36). Platón y Foucault, entre tantos otros *terapeutas* de la historia de nuestra cultura, no han hecho otra cosa que reflexionar y problematizar toda esa serie de cuestiones tan "antiguas", tan "posmodernas" ■

Referencias bibliográficas

1. Jaeger W. Paideía: los ideales de la cultura griega. México: FCE; 2010. p. 451.
2. Derrida J. Márgenes de la filosofía. Madrid: Cátedra; 1989. p. 287-9.
3. Derrida J. La diseminación. Madrid: Fundamentos; 1975. p. 222.
4. Fedro 246a.
5. Reale G. Platón. En búsqueda de la sabiduría secreta. Barcelona: Herder; 2001. p. 297.
6. Reale G. Platón. En búsqueda de la sabiduría secreta. Barcelona: Herder; 2001. p. 277.
7. Reale G. Platón. En búsqueda de la sabiduría secreta. Barcelona: Herder; 2001. p. 280.
8. Jaeger W. Paideía: los ideales de la cultura griega. México: FCE; 2010. p. 417.
9. Foucault M. La hermenéutica del sujeto. Buenos Aires: FCE; 2002. p. 71-2.
10. Foucault M. El coraje de la verdad. Buenos Aires: FCE; 2011. p. 82-3.
11. Foucault M. El coraje de la verdad. Buenos Aires: FCE; 2011. p. 348-9.
12. Foucault M. La hermenéutica del sujeto. Buenos Aires: FCE; 2002. p. 308-9.
13. Foucault M. La hermenéutica del sujeto. Buenos Aires: FCE; 2002. p. 310.
14. Foucault M. La hermenéutica del sujeto. Buenos Aires: FCE; 2002. p. 310-1.
15. Foucault M. La hermenéutica del sujeto. Buenos Aires: FCE; 2002. p. 311.
16. Foucault M. El gobierno de sí y de los otros. Buenos Aires: FCE; 2011. p. 241.
17. Foucault M. El gobierno de sí y de los otros. Buenos Aires: FCE; 2011. p. 242.
18. Foucault M. El gobierno de sí y de los otros. Buenos Aires: FCE; 2011. p. 264.
19. Foucault M. El gobierno de sí y de los otros. Buenos Aires: FCE; 2011. p. 264.
20. Foucault, M. El coraje de la verdad, Buenos Aires, FCE, 2011, p. 213.
21. Foucault M. El gobierno de sí y de los otros. Buenos Aires: FCE; 2011. p. 217.
22. Foucault M. El gobierno de sí y de los otros. Buenos Aires: FCE; 2011. p. 256.
23. Foucault M. El gobierno de sí y de los otros. Buenos Aires: FCE; 2011. p. 267.
24. Foucault M. El gobierno de sí y de los otros. Buenos Aires: FCE; 2011. p. 278.
25. Foucault M. Nacimiento de la biopolítica. Buenos Aires: FCE; 2007. p. 23.
26. Agamben G. Medios sin fin. Valencia: Pre-Textos; 2001. p. 25.
27. Agamben G. Lo abierto. El hombre y el animal. Valencia: Pre-Textos; 2005. p. 29.
28. Kohan W. Sócrates: el enigma de enseñar. Buenos Aires: Biblos; 2009. p. 66.
29. Laín Entralgo P. La curación por la palabra en la Antigüedad Clásica. Barcelona: Anthropos; 1987. p. 191-3.
30. Laín Entralgo P. La curación por la palabra en la Antigüedad Clásica. Barcelona: Anthropos; 1987. p. 162.
31. Laín Entralgo P. La curación por la palabra en la Antigüedad Clásica. Barcelona: Anthropos; 1987. p. 162.
32. Laín Entralgo P. La curación por la palabra en la Antigüedad Clásica. Barcelona: Anthropos; 1987. p. 162.
33. Cragolini M. Freud ante la filosofía: la inevitable alteración. Vertex 2016; XXVII: 44-6.
34. Laín Entralgo P. La curación por la palabra en la Antigüedad Clásica. Barcelona: Anthropos; 1987. p. 187-8.
35. Laín Entralgo P. La curación por la palabra en la Antigüedad Clásica. Barcelona: Anthropos; 1987. p. 102.
36. Laín Entralgo P. La curación por la palabra en la Antigüedad Clásica. Barcelona: Anthropos; 1987. p. 101.

el rescate y la memoria



Kurt Goldstein: El concepto de estructura en Neurología y Psiquiatría

Norberto Aldo Conti

Kurt Goldstein Nació en Kattowitz, Alemania, en 1878 y falleció en Nueva York, EE.UU., en 1965. Enseñó neurología y psiquiatría en Königsberg y Frankfurt y luego fue Director del Departamento de Neurología del Hospital de Berlín, pero en 1935, ante el avance del nazismo, debió emigrar a los EE.UU., donde se radicó y trabajó en las universidades de Columbia y Harvard.

Tanto en Alemania como en EE.UU. tuvo una intensa actividad académica y científica con numerosas publicaciones, cursos y conferencias. A su etapa europea corresponde la obra *La estructura del organismo* (1934), la cual constituye una de las primeras referencias en el vasto campo de los desarrollos de entreguerras en torno a los conceptos de *forma, estructura y totalidad*, siguiendo los lineamientos de la teoría de la forma, *Gestalttheorie*, iniciada hacia 1910 por Max Wertheimer (1880-1943), Wolfgang Köhler (1887-1967) y Kurt Koffka (1887-

1941). En efecto, bajo esa influencia Goldstein sostendrá en esta obra que el organismo funciona como un todo y la enfermedad lo modifica en su totalidad; eso implica que la respuesta del organismo a una afección o lesión cerebral no será parcial según una zona de lesión, sino que será una adaptación global a la nueva situación; de esta manera, origina el campo conceptual de lo que se dio en llamar *neurología globalista*, y al cual también colaboraron en cimentar A Gelb, H. Head, J. Lhermitte y K. Lashley.

Ya en EE.UU. entra en contacto con otros notables exiliados como es el caso de Jacob Sergi Kasanin (1897-1946), quien llega en 1915 y luego de recibirse como médico se dedica a la psiquiatría y el psicoanálisis, siendo conocido por su artículo sobre el concepto de trastorno esquizoafectivo (1933) y también por una gran cantidad de artículos acerca de diferentes aspectos de la esquizofrenia.

Invitado por Kasanin, Goldstein concurre a la Convención de la *American Psychiatric Association* del 12 de mayo de 1939 en Chicago, Illinois y participa en un Simposio sobre *Lenguaje y Pensamiento en la esquizofrenia* que luego fue recogido en una publicación de 1958 con el mismo título; el mismo tuvo a los siguientes participantes con las respectivas ponencias: Harry Stack Sullivan, "El lenguaje en la esquizofrenia"; Kurt Goldstein, "Enfoque metodológico para el estudio del orden del pensamiento esquizofrénico"; Jacob Sergi Kasanin, "La perturbación del pensamiento conceptual en la esquizofrenia"; Norman Cameron, "Análisis experimental del pensamiento esquizofrénico"; John Benjamin, "Un



Kurt Goldstein

método para distinguir y valorar los desórdenes formales del pensamiento en la esquizofrenia"; S. J. Beck, "Errores de la percepción y la fantasía en esquizofrenia"; E. Von Domarus, "Las leyes específicas de la lógica en la esquizofrenia" y Andras Angyal, "Perturbaciones del pensamiento en la esquizofrenia".

Es esta ponencia de Goldstein en Chicago el texto que hoy presentamos a nuestros lectores; hemos querido enmarcar muy brevemente al mismo con algunas pinceladas del autor y el contexto de su producción y no quisiéramos dejar de enfatizar la importancia que tuvo en el desarrollo de la noción de estructura en psiquiatría y los alcances que ella ha tenido en la psiquiatría del pasado siglo XX.

El breve comentario de Kasanin a este artículo en la publicación de 1958 nos parece la mejor forma de adentrarnos en el tema:

"En este trabajo el Dr. Goldstein ha señalado la naturaleza esencial de las perturbaciones intelectuales del habla esquizofrénica que su método experimental revela, y ha comentado

también el hecho de que en ambos casos, en el orgánico y en la esquizofrenia, existe un cambio fundamental en los límites entre la figura y el fondo. En otras palabras, existe una desaparición de los límites normales entre el ego y el mundo, una especie de fusión cósmica que encuentra expresión en las muchas aseveraciones y expresiones de los pacientes.

El Dr. Goldstein ha señalado la diferencia entre el pensamiento del esquizofrénico y el pensamiento de una persona afectada de una enfermedad orgánica del cerebro. Además del extremo sincretismo del pensamiento esquizofrénico, existe una proyección de sus propias ideas en sus expresiones y su actividad. Cuando se les da una tarea, lo hacen tan pobremente como una persona con enfermedad cerebral, pero la actividad del esquizofrénico es más variada debido a que su mundo es mucho más amplio y más animado que el del caso orgánico. El esquizofrénico anima a las cosas, las embellece, juega con ellas, proyecta a sí mismo dentro de ellas, y crea algo bastante diferente de lo que es el producto de la actividad ordinaria del paciente con cerebro lesionado" ■

Enfoque metodológico para el estudio del desorden del pensamiento esquizofrénico (1939)*

Dr. Kurt Goldstein

Creo que se progresará en la investigación de la esquizofrenia por medio del uso de los mismos procedimientos metodológicos que son característicos de la reorientación de la psicopatología en general. El nuevo enfoque no es una teoría arbitraria y nueva; por el contrario, se ha desarrollado necesariamente del análisis de observaciones que se han registrado en pacientes con defectos orgánicos cerebrales. La vieja orientación de la psicología tendía a explorar los síntomas individuales o los síndromes en sí; la más reciente, considera cada fenómeno en relación al individuo como un todo. El problema de la personalidad total del paciente, tal como se nos presenta en sus aspectos tanto corporales como mentales, ha venido a ocupar el centro de nuestro interés científico. El síntoma no se considera más como una consecuencia o un defecto, sino también como una expresión de la tendencia del organismo a ajustarse –a pesar de su defecto– al mundo exterior, de la mejor manera posible, dadas ciertas condiciones.

De las experiencias con pacientes con lesiones corticales, se ha deducido un procedimiento metodológico especial, que se mostró adecuado para el estudio del cambio de la conducta como un todo: la aplicación de ciertos tests de distribución (*Zuordnungs tests*). Este método ha revelado que debemos distinguir dos clases de conducta humana, la abstracta y la concreta, y que un cambio definido en la conducta, una deterioración de la conducta abstracta, es característico de los pacientes con lesiones corticales.

Estas actitudes, o conductas, no son equipos o hábitos mentales adquiridos por un individuo, ni tampoco representan aptitudes especiales tales como la memoria o la atención. Son, más bien, niveles de capacidad de la personalidad total, cada uno de los cuales ofrece las bases para todas las acciones en un cierto plano de referencia en relación a la situación del mundo exterior.

La actitud concreta es realista. En esta actitud, nos abandonamos y nos ligamos a la experiencia inmediata de una situación o cosa dada en su particular carácter único. Nuestro pensamiento y nuestra acción están dirigidos por las demandas inmediatas hechas por un aspecto particular del objeto o de la situación en el medio ambiente.

En la actitud abstracta, transgredimos los aspectos dados específicamente o la impresión sensorial inmediata; nos abstraemos de las propiedades particulares. Nos orientamos en nuestra acción por un punto de vista más conceptual, ya sea una categoría, una clase, o un significado general bajo el cual cae el particular objeto que tenemos por delante. Nos desligamos de una impresión dada, y las cosas individuales representan para nosotros una muestra accidental o un representante de una categoría. Por lo que esta actitud es también llamada la actitud categórica o conceptual. La actitud abstracta es básica para la habilidad:

1. Para asumir voluntariamente un estado mental.
2. Para pasar voluntariamente, de un aspecto de la situación a otra.
3. Para tener en cuenta simultáneamente varios aspectos.
4. Para aprehender lo esencial de una totalidad dada; para descomponer un total dado en partes y para aislarlas voluntariamente.
5. Para generalizar; para abstraer propiedades comunes; para planear ideacionalmente; para asumir una actitud hacia el “mero posible”, y para pensar o actuar simbólicamente.
6. Para desligar nuestro ego del mundo exterior.

La conducta abstracta es la más activa; la concreta, la más pasiva. Las arriba mencionadas potencialidades no son prerequisites para la conducta concreta.

* Tomado de: Kasanin, JA. Language and Thought in Schizophrenia, University of California Press, 1958.

Debemos distinguir varios grados de conducta, tanto abstracta como concreta. Existen varios grados de conducta abstracta que corresponden al grado de complejidad que envuelve la acción en cuestión. Por ejemplo, se requiere un especial alto grado de conducta abstracta para el acto consciente o volitivo de la dirección de una acción cualquiera, y para explicárselo a uno mismo o a los demás. Se necesita un menor grado de conducta abstracta para la conducta conceptual, si no es acompañada por la conciencia de lo que se está haciendo. El pensamiento simbólico o metafórico y la conducta de todos los días pueden ser considerados como un ejemplo especial de la conducta recién mencionada.

Esta gradación se aplica también a la conducta concreta. La manera más concreta de tratar una situación o cosa es reaccionar sólo ante una de sus propiedades.

El individuo normal combina ambas actitudes y es capaz de variar de una a otra a voluntad, de acuerdo con las demandas de la situación. Algunas tareas pueden ser realizadas solamente en virtud de la actitud abstracta; para otras, la actitud concreta es suficiente.

En la patología de los pacientes con lesiones cerebrales, la conducta está desintegrada de una manera tal, que la capacidad para la conducta abstracta se encuentra dañada: el individuo está más o menos reducido a un nivel de concretismo y solamente puede realizar aquellas tareas que pueden llevarse a cabo de una manera concreta.

Con el objeto de evitar un entendimiento erróneo, es necesario remarcar que el proceso de desintegración de la conducta concreta, no previene la aparición de ideas y pensamientos; lo que realmente afecta y modifica es la manera en que se los manipula y acciona. Se originan pensamientos, pero solamente se hacen efectivos de una manera concreta: así como el paciente no puede tratar los objetos del mundo externo en un esquema de referencia conceptual, así trata a las ideas simplemente como cosas que pertenecen a un objeto o a una situación. Los conceptos, los significados, las categorías –diferentes de las relaciones situacionales de medio y finalidad– están fuera de su alcance.

Una vez que esto se toma en cuenta, muchos síntomas conocidos de casos orgánicos se hacen más comprensibles, y se descubren muchos nuevos que han permanecido escondidos al enfoque antiguo. Esto era de especial valor para la investigación de la afasia y de la agnosia.

Pienso que la investigación en la esquizofrenia debe tomar una ruta similar, y que el lenguaje y el pensamiento de los esquizofrénicos se harán más comprensibles solamente cuando apreciemos el cambio de la conducta total del paciente. Vigotsky fue el pionero que adoptó nuestros procedimientos conceptuales y metodológicos generales, en un intento de determinar el fundamental cambio mental en la esquizofrenia. Él también, utilizó para sus estudios un test de distribución, que es una modificación de un test creado por un psicólogo, N. Ach. Este test, ahora llamado el test de Vigotsky, se hizo conocido en este país por las publicaciones de Kasanin y Hanfmann. Vigotsky creyó que el cambio que encontró

en los esquizofrénicos era similar a la deterioración de la actitud hacia lo abstracto, que nosotros encontramos en casos orgánicos. Inclinado a atribuir el cambio a un resultado de una deterioración de los procesos del pensamiento, habló de una deterioración del “pensamiento de conceptos”. Kasanin y Hanfmann confirmaron los hallazgos de Vigotsky en un mayor número de pacientes y trataron de aplicar el test de Vigotsky sobre una base cuantitativa. Debido a que, en mi opinión, este cambio de la personalidad no se refiere sólo al pensamiento, prefiero hablar de un cambio en la conducta total y considerar la deterioración del pensamiento como una expresión especial de este último.

Veo con satisfacción que Hanfmann, en una de sus últimas publicaciones, sobre la base de una examinación muy cuidadosa de un caso de esquizofrenia, está de acuerdo conmigo en que “la reducción de la pérdida de la actitud categórica (que su paciente mostraba) ha de considerarse, no como un cambio dentro de la esfera intelectual solamente, sino como una perturbación en el funcionamiento del organismo total. Las perturbaciones intelectuales y emocionales son, probablemente, solamente dos manifestaciones de un cambio básico”. Cameron, confirmando los hallazgos de Hanfmann y Kasanin, concluye que “la tendencia del esquizofrénico a mantener su actitud concreta” es fuerte.

A pesar de la utilidad del test de Vigotsky para la investigación de los esquizofrénicos, prefiero aquellos tests que nosotros introducimos para el examen de casos orgánicos irreversibles, y aquellos que mis colaboradores y yo mismo hemos desarrollado y mejorado subsecuentemente. Estos tests me parecen más simples que el test de Vigotsky y, por lo tanto, se aplican más fácilmente a los pacientes. Están descritos en parte, en uno de los primeros artículos que firmamos con Gelb, y por nuestros alumnos en Alemania. En este país los tests han sido empleados en investigaciones por mis colaboradores Bolles y Nadel, y por nosotros. Scheerer y nosotros hemos publicado una detallada descripción de los mismos. De acuerdo con los estudios de Vigotsky, Kasanin, Hanfmann, y de Bolles y nosotros, está fuera de duda que *un marcado concretismo es característico* de la conducta de los esquizofrénicos, por lo menos de un grupo de ellos.

Muchas de las peculiaridades de la conducta de los esquizofrénicos se hacen comprensibles cuando se consideran como expresiones de su anormal concretismo. La conducta concreta significa que en nuestra conducta y actividad estamos gobernados, en un grado anormal, por los estímulos del mundo externo que se nos presentan, y por las imágenes, ideas y pensamientos que actúan sobre nosotros en un determinado momento. Los síntomas que surgen de esta actitud son la acción y el pensamiento autísticos, y existe una ligazón anormal a los estímulos del mundo externo, siempre que éstos pertenezcan al dominio de la realidad que el paciente experimenta. El mundo de los esquizofrénicos está determinado, en una medida patológica, por sus propios sentimientos y pensamientos, y por su capacidad para reaccionar. En com-

paración con el normal, la demarcación entre el mundo externo y su ego está más o menos suspendida o modificada. Aquí se encuentra uno de los orígenes de las ilusiones. Los objetos que impresionan al paciente no son los mismos que impresionarían a una persona normal, en una situación dada. Solamente experimenta objetos a los cuales puede reaccionar del único modo en que es capaz, esto es, del modo concreto. No considera al objeto como parte de un mundo externo, ordenado y separado de sí mismo, como lo hace la persona normal.

La descripción de Hanfmann de un caso de esquizofrenia contiene un gran número de ejemplos que muestran que el paciente está ligado a la realidad que vivencia, de una manera patológicamente concreta. Al igual que nuestros pacientes con lesiones orgánicas irreversibles, la paciente de Hanfmann estaba incapacitada para "hacer una suposición irreal, o aceptar una situación ficticia como tal, expresada ya sea en una frase, un cuento o un cuadro". Debido a que estaba limitada a su conducta concreta, la paciente reaccionó en el test de "la pelota y el campo", con una declaración de que ella no ha perdido una pelota; y en el test de la distribución de objetos puso el pescado con los vegetales, porque "el pescado va con puré". También, las reacciones de los pacientes de Hanfmann en el test de terminación de Healy, muestran una ligazón patológica a la "realidad". El esquizofrénico elige siempre bloques con cuadros que muestran una relación concreta con la parte del cuadro que él vivencia en ese momento. Otra expresión de esta actitud consiste en que el paciente considera habitualmente a la gente del cuadro, como si estuviera en el proceso de realizar una acción definida. Para él, las personas aparecen como moviéndose o señalando algo que es habitualmente contrario a la situación real en la que están presentadas en el cuadro.

La realidad que pertenece a la actitud concreta es más dinámica que estática. Los pacientes tienen una marcada tendencia a hacer algo. (Si un individuo se ve atraído anormalmente por la actividad de otro individuo, no notará, por supuesto, el hecho de que su conducta no corresponde a la situación "real"). De la misma manera, los esquizofrénicos prefieren las situaciones de actividad. Aquí, como en otras ocasiones, las actitudes personales se manifiestan, a menudo, de la misma manera que en las reacciones de los pacientes orgánicos. El paciente pone un caballo en la pieza porque "hay un niño, y el niño desea un caballo; desea viajar". Completa los cuadros de acuerdo a la similitud o igualdad, de la misma manera que los pacientes orgánicos con deterioración de la actitud abstracta lo hacen en el test de distribución, esto es, de acuerdo a la relación concreta, y, especialmente, de acuerdo al uso. Dice, "veo tres niños, y por lo tanto pongo a uno más con ellos. Deberían ser todos niños, niños, niños". La relación del paciente hacia el tiempo también muestra definitivamente el carácter concreto. Un paciente esquizofrénico de Hanfmann dijo: "Las ocho y media, es la hora de levantarse" o "la hora en que el sol sale". Estas respuestas son exactamente del mismo tipo que las de los pacientes orgánicos. Uno de mis pacientes, al preguntársele qué hora es, dijo: "Debe ser después de las 4, porque las 4 es la hora del té". Otro paciente dijo: "Son

las 12 porque a esta hora mi amigo se va de la pieza, y se está retirando ahora".

Este concretismo también encuentra su expresión en el lenguaje de los esquizofrénicos. El análisis revela que muchas de las muy extrañas palabras que los pacientes utilizan, se hacen comprensibles cuando se las considera en relación a la situación concreta que el paciente vivencia en el momento, y que quiere expresar en palabras. Existe en su lenguaje, una ausencia de palabras genéricas que significan categorías o clases. O cuando usan tales palabras, el análisis muestra que, para el paciente, éstas no corresponden a generalizaciones. Encontramos que esto es también valedero para los pacientes afásicoamnésicos.

El concretismo en el lenguaje de los esquizofrénicos se evidencia, especialmente, en las investigaciones hechas con nuestros tests. Por ejemplo, en el test de la distribución de colores, uno de nuestros pacientes eligió varias tonalidades de verde, pero al hacerlo lo llamó verde pavo real, verde esmeralda, verde oscuro, verde brillante, verde equet, verde campana, verde bebé. Se negó a decir que todos pueden ser llamados verde. Otra paciente dijo, en la misma situación: "Este es el color del césped de Virginia, éste es el color del césped de Kentucky, éste es el color de la corteza del árbol, éste es el color de las hojas". Las palabras que estos pacientes emplean para nombrar los colores pertenecen a una situación definida en la cual el color individual es vivenciado por el paciente. Los nombres de los colores no representan, como en las personas normales, la categoría a que pertenecen los colores individuales, sino, meramente, una propiedad individual de un objeto. Las palabras se han hecho "individuales", esto es, palabras que se ajustan solamente a una situación u objeto específicos. El carácter individual de la palabra es característico del lenguaje de los esquizofrénicos en general. La base para la elección de palabras se establece de acuerdo a la manera específica en la cual el paciente experimenta un cierto objeto o situación, una propiedad o un aspecto del objeto o de la situación. Esto explica por qué un paciente (descrito por Tuczek) llamó a un pájaro, "el canto"; al verano, "el calor"; al sótano, "la araña"; al médico, "la danza" (porque durante las visitas los médicos brincan alrededor de los profesores). Uno de mis pacientes dijo, en lugar de boca, "beso". Una palabra, cuando es empleada por un esquizofrénico, aparece como una parte de un objeto o de una situación, y no como un representante de éste, de la misma manera en que es usada por algunos pacientes con enfermedades orgánicas irreversibles. Cameron ha señalado recientemente este concretismo del lenguaje de los esquizofrénicos.

Estas peculiaridades del lenguaje han sido consideradas erróneamente como expresiones de un pensamiento simbólico o metafórico. Estoy de acuerdo con Storch, quien señala correctamente que el pensamiento simbólico pertenece a las formas superiores del pensamiento, que están habitualmente deterioradas en la esquizofrenia, y que los fenómenos que se observan son comprensibles desde el punto de vista de que estamos tratando con una muy concreta forma del pensamiento. La forma simbólica del pensamiento puede sugerirse, incorrectamente, debido a que

el aspecto "fisiognomónico" que corresponde a una actitud concreta juega a menudo un gran papel en la actitud del esquizofrénico hacia el mundo. La persona corriente, también es capaz, y está a veces tentada a experimentar y a ver las cosas de manera tal que las cualidades concretas, dinámicas y expresivas, oscurezcan sus propiedades objetivas; entonces habla de "colores chillones", de un "sonido áspero" o "delicado", de una "atmósfera invitante", de una "mirada fría", y similares. Cuando utilizamos el término fisiognomónico a este respecto, tomamos el nombre de la esfera de las expresiones faciales, y lo aplicamos a toda clase de experiencias sensoriales inmediatas. Las reacciones del esquizofrénico están determinadas en un alto grado, por su concretismo fisiognomónico. Por ejemplo, el paciente arriba mencionado llama al médico "la danza" porque, durante las visitas, los médicos brincan alrededor del profesor. Al principio, esta expresión nos parece extraña, pero se hace comprensible desde el punto de vista del realismo concreto fisiognomónico. Un ejemplo más es muy ilustrativo en este sentido. Un paciente esquizofrénico de Storch, que sufría de un delirio de persecución, miraba ansiosamente a la puerta que se movía y exclamaba: "*Da fressen mich die Türen*" (allí, las puertas me comerán). Es obvio que la apertura y el cierre de las puertas fueron experimentadas concretamente como la fisiognomía de la apertura de la boca de un animal, y por tanto tenían un carácter amenazador. No hay duda de que el carácter fisiognomónico de un objeto cambia ampliamente con las actitudes variables de la persona hacia el mundo, y de que también depende mayormente de las ideas que gobiernan a un individuo en un momento dado. Este hecho puede explicar la impresionante variedad de las experiencias fisiognomónicas del esquizofrénico y las palabras peculiares que utiliza.

Podemos entender el significado de una palabra individual solamente si conocemos la situación concreta a que pertenece para la persona que habla. En la esquizofrenia es realmente muy difícil encontrar la particular situación concreta a que pertenece una palabra hablada por el paciente. Si logramos encontrarla desaparecerá, en gran parte, la torpeza en la comprensión del lenguaje esquizofrénico: su lenguaje se hará comprensible, particularmente si tenemos en cuenta que muchas, de las experiencias de los esquizofrénicos difieren tan ampliamente de las de los individuos normales, que los canales ordinarios de la expresión verbal no son suficientes, ni tampoco apropiados, para la expresión verbal de estas experiencias. Esto es más cierto todavía, debido a que el lenguaje, en general, en nuestra civilización, es muy estereotipado y pobre en palabras para expresar la especificidad de las situaciones concretas.

El paciente está obligado, así, a crear un lenguaje que, aunque parezca extraño a la persona normal, es adecuado para sus experiencias. Pero ello hace que la comunicación entre el paciente y el médico, mientras se base en lenguaje, sea muy difícil.

La aplicación de los tests mencionados adelantará nuestro entendimiento del pensamiento y habla esquizofrénicos porque nos ayudarán a descubrir las especiales situaciones concretas en las que el paciente vive. A menudo es muy difícil, si no imposible, encontrar, por medio de la conversación directa, o de la investigación de capacida-

des aisladas, algo acerca de las ideas, alucinaciones y sentimientos que gobiernan la conducta del paciente. Durante la ejecución de los tests de actividad, estos factores se hacen visibles accidentalmente, e incidentalmente, sin la intención consciente por parte del paciente. Es característico de la deterioración de la actitud abstracta, que el sujeto no sea capaz de darse a sí mismo una explicación de lo que está haciendo, y por lo tanto no es sino natural que sea incapaz de comunicar sus experiencias interiores por medio de una descripción espontánea. Sin embargo, estas experiencias interiores pueden hacerse manifiestas en sus acciones concretas, porque ellas pertenecen a la situación, y se originan sin un esfuerzo deliberado, del cual el paciente está privado por su condición patológica.

El nuevo enfoque ha descubierto que el mayor concretismo de los pacientes es una de las congruencias de la conducta de los esquizofrénicos y los pacientes con lesiones corticales. Aquí me gustaría señalar una similitud más, por lo menos. Como hemos explicado en otra parte, la modificación en la capacidad de actuación en los casos orgánicos se hace comprensible si los consideramos, además de una secuela de una distorsión de ciertas capacidades, como un cambio de conducta correspondiente al funcionamiento de partes del sistema nervioso que han sido aisladas del total, debido a un defecto anatómico. Las funciones de las partes aisladas varían de una manera definida, siguiendo reglas definidas. Si se reconocen estas reglas del cambio en el funcionamiento, muchos de los síntomas de los pacientes se hacen comprensibles de una manera unitaria. Estas modificaciones representan los síntomas positivos, segregados hace muchos años por Hughling Jackson, de los síntomas negativos, síntomas producidos directamente por la destrucción de estructuras.

La observación de pacientes con lesiones orgánicas nos ha hecho descubrir algunas formas de cambio, características de las condiciones de aislamiento. ¿Podemos señalar algunas de estas características? Los umbrales de excitabilidad han cambiado, y los pacientes están obligados, de una manera más o menos compulsiva, a responder a cualquier estimulación; existe una inestabilidad anormal y una rigidez de las reacciones (9); existen, especialmente, signos de desorganización de la relación normal figura-fondo. Una secuela del aislamiento es el anormal concretismo y los fenómenos concomitantes de la deterioración de la conducta abstracta. Los fenómenos descritos en los esquizofrénicos como una debilidad en la capacidad de concentración, *Gedanken-abreissen*, rigidez y distractibilidad, una reacción forzada a las singularidades, contaminación –todos estos fenómenos y otros–, los observamos en idéntica forma en pacientes orgánicos como en esquizofrénicos, y pueden ser entendidos, de la misma manera, como fenómenos de aislamiento.

Me llevaría demasiado lejos, elaborar acerca de la forma de aislamiento peculiar a la naturaleza de la patología esquizofrénica. Me gustaría mencionar solamente algunos ejemplos que ilustren la influencia de este aislamiento. Si un esquizofrénico dice: "Todas las cosas en las que pienso se van de mí", o "Cada cosa dentro de mí

cambia continuamente”, o se queja, como uno de los pacientes de Storch: “Mis pensamientos están tan confundidos, todo tambalea, nada está fijo, uno no puede agarrarse a nada”, nos estamos enfrentando con el fenómeno de la inestabilidad.

Si un paciente, además de quejarse del cambio de todas sus experiencias, revela también una gran fijación a ciertos hechos, nos encontramos con un fenómeno muy conocido en casos orgánicos. He tratado de explicar que la distractibilidad y la fijación anormal son expresiones del mismo cambio funcional bajo condiciones diferentes. Si otro paciente dice: “Uno no sabe lo que está por venir, uno se siente completamente impotente”, nos encontramos con la misma ligazón anormal a los estímulos, que es un síntoma característico de los casos orgánicos.

La pérdida de la constancia y de la precisión en la concepción de la estructura de los objetos es igualmente característica de los esquizofrénicos y de los pacientes orgánicos. En los pacientes orgánicos esta pérdida está producida por una deterioración de la formación normal figura-fondo. Una organización saludable de las experiencias del mundo exterior está basada en nuestra habilidad para diferenciar entre aquellos aspectos que son esenciales en una situación dada y aquellos que no lo son. Los primeros aspectos están en un primer plano de la percepción, del pensamiento y de la acción, como “figuras”. Lo que no es esencial en el momento, está en el “fondo”. Esta organización está basada en dos actividades: en una, hacemos abstracción de los numerosos aspectos que pueden surgir en el momento; en la otra, tenemos que suplementar relaciones que no están fenomenológicamente presentes. Ambas demandan una actitud abstracta. Cualquier deterioración de la capacidad de abstracción perturba la discriminación normal entre lo esencial y lo no esencial de una situación dada, entre figura y fondo. Cuando, por ejemplo, el vidrio de una ventana aparece como la parte esencial de nuestra experiencia, en vez de la pared o el marco, o, en otras palabras, cuando el vidrio es la figura y la pared o el marco es el fondo, ello se debe a que el “significado” de la ventana, en este momento, está representado por el vidrio transparente. Sin embargo, lo que realmente experimentamos es mucho más que esto. Aunque percibimos el marco, el color, las manchas de tierra de la ventana, y aun encontramos algún obstáculo a nuestra visión en el sentido de que el vidrio puede obscurecer la claridad del mundo exterior, no necesitamos prestar atención a todos estos fenómenos no esenciales. Ubicamos inmediatamente el vidrio, o los objetos que percibimos a través del vidrio, en el primer plano. Ello está determinado por el significado de la transparencia del vidrio para la situación total del momento. Esta manera normal de experimentar presupone una actitud definida del individuo hacia el mundo. Si prestáramos atención a todos los diferentes fenómenos, sin mucho énfasis diferencial, desaparecería entonces el carácter de la ventana, el vidrio no sería ya la figura, y los netos límites sobre los que se basa nuestro mundo ordenado dejarían de ser precisos, y nuestro mundo estaría en la confusión.

Ello ocurre en la enfermedad orgánica y en la esquizofrenia. Cameron observó que una de las “más impresionantes características” de los pacientes esquizofrénicos era su “incapacidad para mantener límites adecuados”. Debido a esta deficiente formación de figura-fondo, los objetos y las situaciones que pueden ser aprehendidos como objetos concretos aparecen anormalmente en el primer plano, y, en correspondencia, el paciente da una respuesta que aparece, para la persona normal, como un reconocimiento defectuoso. Muchas ilusiones y delirios de los esquizofrénicos se originan de esta manera. Debemos apreciar en tales pacientes, la vaguedad de los límites entre la figura y el fondo –la inversión, esto es, la aparición, en el primer plano, del fondo en lugar de la figura, y la fluctuación súbita y casi permanente entre la figura y el fondo– si es que deseamos entender muchos síntomas. Uno de los síntomas más aparentes es la vaguedad o desaparición de los límites normales entre el ego y el mundo externo, que encuentra su expresión en muchas expresiones o acciones de los pacientes. Es más difícil descubrir el origen de estos síntomas en la esquizofrenia que en los pacientes orgánicos. El mundo “normal” de los esquizofrénicos no está cambiado de acuerdo al cambio de sus ideas; los fenómenos entran en su percepción y determinan para él un reconocimiento sobre el que nosotros no sabemos nada; de ahí que sea difícil entender su conducta.

Como ejemplo del cambio de la relación normal entre la figura y el fondo, me gusta citar la expresión siguiente de una paciente de Fischer: “El aire está todavía aquí, el aire entre las cosas de la pieza, pero las cosas mismas no están más aquí”. Esta defectuosa organización de la figura y el fondo puede traer objetos inapropiados, o aspectos de éstos, al primer plano y privar así al mundo del paciente de su constancia normal.

Debemos limitarnos a estas pocas ilustraciones. Creo que desde el punto de vista aquí ofrecido, muchos síntomas extraños del paciente se hacen inteligibles. Podemos entenderlos como reacciones proporcionales al mundo transformado de los esquizofrénicos, un mundo que es patológicamente concreto y desprovisto de la interpretación abstracta. Este punto de vista toma en consideración el cambio “formal” en el proceso de la esquizofrenia. Si bien yo remarco este punto, no dejo de advertir el problema de por qué sobre la base de este defecto, algunas veces una idea y algunas veces otra, ocupan el primer plano. Éste, sin embargo, es un problema que no podemos tratar aquí.

Al remarcar las similitudes entre las modificaciones de la conducta de los esquizofrénicos y de los casos orgánicos, no quiero que se interprete erróneamente que considero que la esquizofrenia es simplemente una enfermedad orgánica. Desde mi posición general, considerando la relación cuerpo-mente, me siento inclinado a asumir que cambios funcionales equivalentes pueden ser producidos por desórdenes tanto orgánicos –esto es, cambios estructurales o químicos– como también mentales. No puedo discutir el problema aquí. Me gustaría solamente señalar que podemos considerar las modificaciones de la actividad en los esquizofrénicos y en los que

sufren de enfermedades orgánicas como equivalentes con respecto al cambio en la función. Sin embargo, sería prematuro sacar conclusiones con respecto a la posible identidad del proceso subyacente. El hecho de que en ambos casos existen –además de las similitudes– diferencias esenciales, debería hacernos cautelosos.

Por falta de espacio, sólo puedo mencionar aquí unas pocas características que pueden ser adecuadas para demostrar, en principio, estas diferencias. Permítaseme ejemplificarlas por medio de la diferencia en la deterioración de la actitud abstracta, en los dos estados patológicos.

El nivel y el tipo de concretismo en la esquizofrenia no es idéntico al de los casos somáticos. Los casos somáticos exhiben una desintegración en dirección a lo concreto que es simplificada y vacía. La situación del esquizofrénico es bastante diferente, debido a su diferente tipo de concretismo. Esto se evidencia bien, por ejemplo, en la actividad de ambos tipos de pacientes con mi test de los bloques. En los casos somáticos la más remarcable deficiencia para reproducir el modelo con los bloques consiste en la dificultad de descomponer la configuración, y en la determinación del procedimiento por la simple percepción de configuración dada. El tipo de error cometido es bastante consistente con la simplificación del somático, y es de esta manera comprensible.

La actividad del esquizofrénico sufre deficiencias similares, pero en adición a su concretismo perceptivo, el esquizofrénico desarrolla su propio modelo para agrupar los bloques, debido a que entran sus ideas personales e influyen la actividad. Esto introduce un aspecto totalmente diferente, desde que la agrupación de los bloques representa una proyección de su pensamiento personalizado y las asociaciones originadas por los modelos presentados. Desde que las últimas varían continuamente, los tipos de errores son mucho menos consistentes y más individuales. Esto se relaciona con el hecho de que el mundo de los esquizofrénicos es más rico y más animado en ideas personalizadas que el del paciente somático. Puede verse, por otro importante síntoma, que el cambio de la personalidad en los esquizofrénicos se expresa en un nivel diferente de concretismo, esto es, por la anteriormente mencionada prevalencia del así llamado aspecto fisiognomónico de las percepciones.

Debería ser claro, por estos ejemplos, que se trata de diferencias intrínsecas entre el concretismo esquizofrénico y somático. El problema, por supuesto, necesita más estudio, pero me parece que las características esquematizadas más arriba tiende a mostrar que una investiga-

ción más íntima y una comparación de estas dos características pueden ofrecer un conocimiento más profundo de la naturaleza de la esquizofrenia.

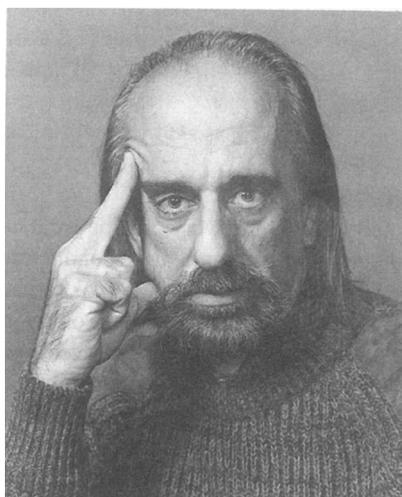
Anteriormente existían muchas discusiones acerca de los síntomas primarios y secundarios de la esquizofrenia: de un cambio fundamental, primario, y de fenómenos secundarios, que debían de ser considerados como reacciones psicológicas al cambio primario de la personalidad, esto es, como expresiones de una lucha por parte de la psique patológicamente modificada, con las demandas del medio ambiente. El cambio primario era considerado como un núcleo somático, a consecuencia del cual aparecían síntomas corporales y mentales (por ejemplo, los fenómenos catatónicos o la perturbación de las asociaciones); o se lo concebía como un cambio mental (por ejemplo, una insuficiencia de la actividad mental, una ataxia intrapsíquica o una división de la personalidad, y así sucesivamente).

El cuadro clínico de la esquizofrenia contiene síntomas que pueden sugerir su origen en una función perturbada de algún aparato cerebral, particularmente del lóbulo frontal y los ganglios subcorticales, y también síntomas que se interpretan mejor como reacciones psicológicas. Debido a la similitud entre el defecto en la abstracción discutido arriba y el defecto hallado en pacientes somáticos, puede tenderse a asumir que existe un cambio somático primario en los esquizofrénicos. Sin embargo, el mayor concretismo de los esquizofrénicos puede también ser considerado como un escape del organismo de un conflicto intolerable, una protección contra el peligro de una seria catástrofe. Muchos síntomas encontrados en enfermedades “orgánicas” como también psicológicas, son inteligibles desde este punto de vista. Por ahora, no es posible arribar a una decisión definitiva acerca de si la deterioración de la actitud abstracta en la esquizofrenia es un fenómeno primario o secundario. Me gustaría agregar que un fenómeno secundario puede ser fijado, siempre que no exista la posibilidad de suprimirlo. Esto es muy pertinente a la terapéutica.

Creo que el valor del nuevo enfoque metodológico puede ser apreciado por lo que he dicho aquí, aunque haya ofrecido solamente una ejemplificación fragmentaria. Este enfoque parece apropiado para emancipar de la especulación, la investigación del pensamiento y el lenguaje de la esquizofrenia, y ponerla sobre una sólida base de investigación empírica. Estamos solamente en los comienzos de tal investigación. El nuevo enfoque me parece tan promisorio como lo ha probado en la psicopatología orgánica ■

IN MEMORIAM

José Aníbal Yaryura Tobías (1934-2016)



José Aníbal Yaryura Tobías

Con profundo pesar compartimos con los lectores de *Vertex* la triste noticia del fallecimiento de nuestro colega y amigo José Aníbal Yaryura-Tobías, el 5 de marzo de 2016.

José Aníbal, estudió medicina en la Universidad de Buenos Aires. En 1950 fue practicante del Servicio de Emergencias del Hospital "J. A. Fernández", adonde empleaban el cóctel lítico de Henri Laborit para pacientes quirúrgicos sometidos a la "hibernación artificial". En esa época asistió a la introducción de la clorpromazina en nuestro medio. Partió luego al Canadá para continuar su formación en Saskatchewan, adonde completó su entrenamiento en medicina interna y se interesó en la psiquiatría. Saskatchewan se destacaba en esos años como un centro en el que se pusieron en práctica diversas innovaciones en la especialidad, desde la instalación experimental de instituciones en la comunidad hasta los ensayos con drogas alucinógenas. En 1970 retornó a la Argentina y fue discípulo predilecto del gran investigador Edmundo Fischer, quien postulaba a la sazón la hipótesis de la bufotenina como inductora de los fenómenos esquizofrénicos y junto a quien compartió diversas experiencias científicas en el laboratorio del Hospital "José T. Borda" como la de la vinculación entre la feniletilamina y la depresión. A lo largo de su producción Yaryura Tobías hizo aportes relevantes a la teoría dopaminérgica de la esquizofrenia y a la teoría biológica del trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados cuando comunicó sus hipótesis sobre la teoría serotoninérgica del TOC en la década de 1970. Reconociendo los

aspectos obsesivos-compulsivos de síndrome de Tourette formuló la noción del espectro del TOC.

Su pasión por la traducción de la investigación en aplicaciones clínicas pioneras se convirtió en realidad en 1979, cuando co-fundó junto a su esposa, la Dra. Fugen Neziroglu, el *Bio-Behavioral Institute* en Great Neck, New York; institución dedicada a la investigación, la formación de profesionales, y el tratamiento del TOC. También se desempeñó como profesor de Psiquiatría en la Escuela de Medicina de la Universidad de New York, profesor invitado en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuyo y en la Universidad del Salvador, en nuestro país.

Además de sus logros en la psiquiatría, el Dr. Yaryura-Tobías fue autor de varios libros de poesía y prosa, tanto en inglés como en castellano. Sus poemas aparecieron, en 1975, en la antología *Nuevas voces en la poesía americana*, en 1984, recibió una mención de honor en el Premio Internacional de Poesía Federico García Lorca y, en 1990 obtuvo el premio Poesía de la *American Psychiatric Association*.

José Aníbal era un consumado bailarín de tango y frecuentó los lugares en los que Astor Piazzola, Aníbal Troilo y otros, grandes músicos argentinos presentaban sus obras en el Buenos Aires de la década del '50.

Miembro de numerosas sociedades nacionales e internacionales, entre las que se destacó la Fundación Internacional de estudios del TOC, fue también uno de los fundadores del Colegio Internacional de Medicina

Psicosomática, la Sociedad Argentina de Psiquiatría Biológica y la Federación Mundial de Psiquiatría Biológica, en la que se integró como vice-presidente de su Primer Comité Ejecutivo, bajo la presidencia de su maestro Edmundo Fischer.

José Aníbal Yaryura-Tobías nos ha legado, junto a su

obra escrita, expresada en numerosos artículos y libros (de entre los cuales se reproducen a continuación dos comunicaciones realizadas por nuestro amigo al *JAMA* y al *American Journal of Psychiatry*, en 1970 y 1991 respectivamente), su enseñanza. Vaya nuestro afectuoso recuerdo para su familia, y muy particularmente para Fugen, su esposa.

Jorge Nazar

Profesor emérito de Psiquiatría de la Universidad Nacional de Cuyo

Marcelo Cetkovich-Bakmas

Director, Departamento de Psiquiatría, INECO
Jefe, Departamento de Psiquiatría, Instituto de Neurociencias
de la Fundación Favaloro
Letters to the Journal - Levodopa and Schizophrenia

Letters to the Journal - Levodopa and Schizophrenia

Jose A. Yaryura Tobías, MD; Sidney Merlis, MD. Central Islip (NY) State Hospital. *JAMA*, March, 16, 1970. Vol 211, N° 11: 1857

El uso de levodopa (L-DOPA; dihidroxifenilalanina) para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson ha sido satisfactoriamente demostrado en muchos casos cuando otras medidas terapéuticas no actúan.

Se ha reportado en la literatura disponible (1, 2) que la administración de levodopa puede causar síntomas psiquiátricos (por ejemplo, alucinaciones, ideas de referencia, o irritabilidad) como efectos secundarios adversos.

Nuestra propia experiencia indica que la levodopa agrava el estado mental de los pacientes con esquizofrenia crónica con parkinsonismo inducido por fármacos (3).

También hemos encontrado que la levodopa incrementó la severidad de la depresión en dos pacientes con enfermedad de Parkinson y causó alucinaciones auditivas y visuales en un paciente sin la enfermedad mental anterior.

Una disminución o una retirada gradual de la levodopa dieron como resultado la desaparición de los sín-

tomas psiquiátricos en los tres pacientes. Estos hallazgos podrían estar de acuerdo con las teorías bioquímicas de la esquizofrenia en las que el metabolismo de las aminas biogénicas parece jugar un papel preponderante (4).

Como este medicamento ha recibido una publicidad abrumadora sin enfatizar adecuadamente sus efectos secundarios psiquiátricos, creemos que es necesario que el conocimiento de estos efectos secundarios potenciales reciban más atención.

Además, puesto que este fármaco se utiliza durante períodos prolongados de tiempo, parece importante estudiar aún más su acción sobre el comportamiento, porque podría precipitar, agravar o causar una enfermedad psiquiátrica.

Mientras tanto, se sugiere que los pacientes que reciben levodopa sean supervisados estrechamente para detectar la aparición de estos efectos psiquiátricos debido a que los pacientes, generalmente, no informan de manera espontánea este tipo de síntoma.

Referencias bibliográficas

1. Yahr MD, Duvoisin RC, Hoehn MM, et al: L-B-3-4 dihydroxyphenylalanine (L-DOPA): Its clinical effect in parkinsonism. Read before the American Neurological Association Meeting, Washington, DC, 1968.
2. Cotzias GC, Papavasiliou PS, Gellene R: Modification of parkinsonism, chronic treatment with L-DOPA. *New Eng J Med* 280:337-345, 1969.
3. Yaryura Tobias JA, Wolpert A, Dana L, et al: The action of L-DOPA in drug induced extrapyramidalism. *Dis Nerv Syst*, to be published.
4. Perry TL, Hansen S, McDougall L, et al: Studies of amines in normal and schizophrenic subjects, in Himwich HE, Kety SS, Smythies JR (eds.): *Amines and Schizophrenia*, Oxford, Pergamon Press Inc, 1967, pp 31-41.



De izquierda a derecha: Tetsuyo Fukuda, Mrs. Ch. Shagass, Edmondo Fisher, no identificado, Charles Sagass, no identificado, George Winokur, no identificado y José A. Yaryura-Tobías.

Fluoxetine and Bleeding in Obsessive-Compulsive Disorder

J.A. Yaryura-Tobías, H. Kirschen, P. Ninan, H.J. Mosberg.
Letters of the editors - *AmJPsychiatry* 148:7, July 1991.

La fluoxetina es un antidepresivo bicíclico y un bloqueador selectivo de la serotonina (5-HT). Se han informado de forma esporádica efectos adversos vasculares tales como contusiones, metrorragia, accidentes cerebrovasculares, hemoptisis, hematemesis, melena, hematuria y sangrado vaginal después de la retirada del fármaco (Dista Products Company, Clorhidrato de Fluoxetina, reacciones adversas, 1989).

Informamos ocho casos de sangrado en pacientes que sufren de trastorno obsesivo-compulsivo. Ninguno de los informes había dado cuenta de episodios de sangrado antes de recibir fluoxetina.

La edad de los pacientes osciló entre 16 a 75 años, con una media de 35.1 año. Un paciente estaba tomando fluoxetina a una dosis de 20 mg/día, un paciente estaba tomando 40 mg/día, y seis pacientes estaban tomando 80 mg/día. La duración del tratamiento varió de 21 días a 1 año, con una media de 150 días.

Hubo un informe de melena, cuya causa no fue determinada debido a que el paciente se negó a ser estudiado. Había cuatro informes de sangrado rectal, tres causados por hemorroides internas y uno debido a factores desconocidos, todos confirmados por rectosigmoidoscopia. Un paciente informó hematomas dispersos en los brazos y las piernas y tenía un nivel elevado de enzimas hepáticas. Otro paciente sufría de epistaxis bilateral leve; la rinoscopia mostró dilatación vascular de la mucosa. El

siguiente caso puede ayudar a ilustrar este informe.

La Sra. A., una mujer 75 años de edad, tenía una historia de enfisema concomitante, enfermedad cardíaca arteriosclerótica, angina, y colitis. La paciente recibió una dosis de fluoxetina de 20 mg/día, durante un mes. A continuación, la dosis se aumentó a 40 mg/día, durante 2 meses, hasta que tuvo que ser hospitalizada debido a un dolor abdominal generalizado y constante de aparición súbita. El informe patológico indicó un segmento del intestino delgado con moderada inflamación aguda ulcerativa y dilatación vascular, hemorragias recientes, y edema de la submucosa en consonancia con el compromiso vascular. Con la interrupción de la fluoxetina, no fueron reportados más episodios de sangrado por estos ocho pacientes.

La serotonina está asociada con la regulación de la constricción de los vasos y la dilatación, en particular la de los vasos de la mucosa (1). Debido a que grandes dosis de fluoxetina pueden causar hiperserotonemia (2) en un lecho vascular defectuoso, como se ha visto en nuestros pacientes, un aumento en 5-HT puede actuar como mediador para precipitar el episodio de sangrado. Cuando se prescriben grandes dosis de fluoxetina para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo, deben ser considerados problemas de sangrado potencialmente significativas en algunos pacientes, particularmente aquellos que tienen condiciones predisponentes ■

Referencias bibliográficas

1. Guyton AC: The systemic circulation, in Medical Physiology. Philadelphia, WB Saunders, 1981.
2. Steiner W, Fontaine R: Toxic reaction following combined

administration of fluoxetine and L-tryptophan: five case reports. *Biol Psychiatry* 1986; 21:1067-1071.

IN MEMORIAM

Elpidio R. Olivera (1924-2016)



Elpidio R. Olivera

El 6 de junio falleció en Córdoba el Dr. Elpidio Ramón Olivera. Había nacido en la provincia de La Rioja y estudió medicina en la Universidad Nacional de Córdoba (UNC), egresando en 1952 con el tradicional título de Médico Cirujano que expedía la Facultad de Medicina de esa casa de estudios. Inmediatamente después ingresó al "Instituto Neuropático", que dirigía el Dr. Gregorio Bermann para realizar su formación psiquiátrica. En 1957 fue nombrado docente de la Cátedra de Semiología Neurológica de la Facultad de Medicina de la UNC., adonde practicó brillantemente la docencia hasta 1976, fecha en la que fue separado del cargo por las autoridades de la dictadura militar. Esa arbitraria medida de discriminación ideológica fue reparada con la reincorporación de Olivera a su antiguo puesto con el retorno de la democracia en 1984.

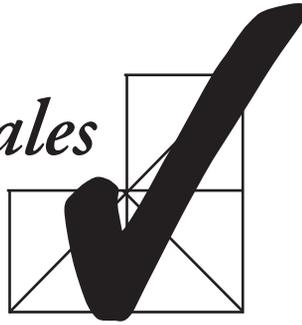
En 1958 fundó, junto a otros colegas el "Centro Psiquiátrico" para la discusión de la problemática en la especialidad, del cual fue el primer Presidente; y, desde 1959 y hasta 1995, fecha de su jubilación, fue Jefe del Servicio de Psicopatología del Hospital Privado de Córdoba. En 1970 ocupó el puesto de Vice-presidente de la Federación Argentina de Psiquiatras (FAP), bajo la presidencia de su colega y amigo el Dr. Gervasio Paz. Ya en 1957 fundó el primer centro privado de formación de psiquiatras del interior del país, con reconocimiento del

Consejo de Médicos, y desde 1960 hasta 2002 fue presidente del Comité de Psiquiatría del Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba y Director de los Cursos de Recertificación. Como reconocimiento a su dilatada y prolífica trayectoria la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) lo designó presidente de honor de su XXIV Congreso Argentino de Psiquiatría en el año 2009.

Uno de los primeros y entusiastas miembros del Comité Científico de nuestra revista, eminente psicopatólogo, gran lector de los autores clásicos y muy versado en la medicina griega -recordamos, a modo de ejemplo, sus dos enjundiosos textos publicados en *Vertex*: "El juicio de insania en la Grecia clásica" (2000) y "Platón y los médicos y sus pacientes..." (2011)-, Olivera nos entregó siempre su espíritu jovial, su inquebrantable buen humor y su espíritu militante por una psiquiatría democrática y científicamente fundada. Junto a nuestro afecto para su esposa y compañera, la Dra. Iris Palacin de Olivera y su familia, vaya nuestro emocionado recuerdo para ese entrañable amigo, maestro de la psiquiatría cordobesa ■

Juan Carlos Stagnaro

Lecturas y señales



Bioética narrativa

Daniel Matusevich

Bioética narrativa es, como su presentación lo plantea, una colección de artículos médico-literarios aparecidos a partir del año 1971; el hecho de que los Mainetti, padre e hijo, sean las plumas que los firman nos garantizan

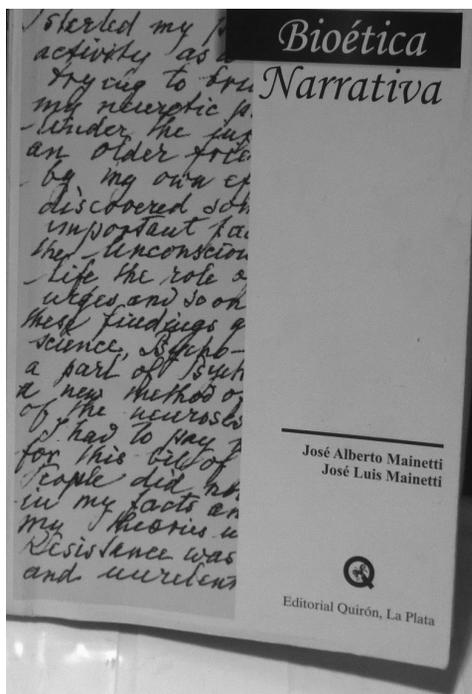
seriedad, sensibilidad y profundidad, virtudes todas al servicio de los lectores, alejadas de cualquier atisbo de ironía posmoderna, tan frecuente en los autores de hoy, más abocados al lucimiento propio que al buceo en los sentidos.

Entrando en tema, nos estamos refiriendo al mundo de la medicina, al de la bioética y finalmente al de la narrativa; es en este último y en sus relaciones con el arte de curar donde centraremos nuestro máximo interés y donde consideramos que nuestros autores proponen una mirada más original y rompedora.

La mirada de *Bioética narrativa* se construye a través del análisis de una serie de obras de narradores fundamentales de la literatura de occidente (y de algunas películas significativas también): John Updike, William James, Philip Roth, León Tolstoi, Franz Kafka, Eugene Ionesco, Honorato Balzac, Umberto Eco y Dino Buzzatti son algunos de los creadores seleccionados.

Más allá de algunas limitaciones y de ciertas simplificaciones a la hora de analizar los textos, el mérito central de la obra radica en instalar en la comunidad científica hispanoparlante a la obra literaria como fuente de inspiración y de enriquecimiento para el profesional médico. Esto, que podía parecer obvio algunos años atrás, hoy ya no lo es tanto en tiempos donde el reduccionismo biologicista ha tomado el control de la mayoría de los espacios de formación de los jóvenes psiquiatras.

En la introducción los autores desarrollan el marco teórico que sostiene la obra toda; vale la pena detenerse especialmente en esas páginas, es muy interesante la idea que plantea el “giro literario” de la bioética y su



Autores: José Alberto Mainetti, José Luis Mainetti
Editorial Quirón, 2014

acercamiento al paradigma narrativo. En esta línea se halla la propuesta de considerar a los seres humanos “un género literario y una especie narrativa”.

Nos parece que algunos de los planteos de los Mainetti apuntan a una especie de regreso a las raíces, intentando definir un paradigma que apunte a intentar que el eje vuelva a pasar por el humanismo médico, bastante vapuleado en los últimos tiempos. En esa dirección apuntan las ideas que postulan que el conocimiento médico es en esencia narrativo y que la historia clínica es su expresión protocolaria; la literatura está planteada como un espacio de conocimiento tanto médico como moral, apto para explorar el misterio de la existencia humana en las experiencias de la salud, la enfermedad, la vida y la muerte.

Bioética narrativa constituye una excelente excusa para incursionar en el mundo de las patografías y sus circunstancias, impecablemente desarrolladas en varios de los ensayos que componen el texto; es difícil de creer, pero la palabra *patografía* no está presente hoy en casi

ningún currículo de residencia, lo que nos aporta un vislumbre fundamental de hacia dónde se dirige la educación médica en nuestras universidades, alejada de los ejercicios literarios y próxima al universo cuantificador.

El recorrido planteado es ecléctico, hecho que sin duda alguna contribuye a dotar a la propuesta de una densidad superior, al atravesar una importante variedad de géneros y de estilos, sin por ello perder coherencia y simetría. Encontramos a dos clásicos absolutos de la literatura americana como Roth y Updike junto a *La montaña mágica* del premio Nobel Thomas Mann (ya comentado en este espacio unos meses atrás); es así que Tolstoi y Ionesco se mezclan con Buzzatti y Eco, configurando un entramado de sentido al que vale la pena acceder.

Recomendamos intensamente esta obra, las escasísimas objeciones de estilo que podemos imaginar para nada quitan mérito a un excelente intento de instalar la lectura y las narraciones como fuente inagotable de crecimiento profesional y humano ■