

VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

17



NOSOGRAFIAS

Belaga / Feldman

Fernández Bruno

Gabay / Guelfi / Mangone

Quemada / Rojas

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

Volumen V - Nº 17 Setiembre - Octubre - Noviembre 1994

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

Comité Científico

F. Alvarez (Bs. As.), I. Berenstein (Bs. As.), S. Bermann (Córdoba), P. Berner (Viena), J. Bergeret (Lyon), E. Bringas (Córdoba), F. Caroli (París), B. Dubrovsky (Montreal), R. H. Etchegoyen (Bs. As.), N. Feldman (Rosario), J. Forbes (San Pablo), O. Gershanik (Bs. As.), A. E. Goldchluk (Bs. As.), M. Hernández (Lima), O. Kernberg (Nueva York), G. Lanteri-Laura (París), H. Lôo (París), M.A. Matterazzi (Bs. As.), E. Mejías Valenzuela (Madrid), J. Mendlewicz (Bruselas), J. Moizeszowicz (Bs. As.), A. Mossotti (Santa Fe), P. Noël (París), E. Olivera (Córdoba), M. Palestini (Sgo. de Chile), H. Pelegrina Cetrán (Madrid), J. Postel (París), D. Rabinovich (Bs. As.), D. J. Rapela (Córdoba), L. Ricon (Bs. As.), E. Rodríguez Echandía (Mendoza), F. Rotelli (Trieste), B. Samuel-Lajeunesse (París), C. Solomonoff (Rosario), I. Vegh (Bs. As.), H. Vezzetti (Bs. As.), E. Zarifian (Caen), L. M. Zieher (Bs. As.), P. Zöpke (Rosario).

Corresponsales en:

CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES: N. Conti (Hosp. J.T. Borda); R. Epstein (AP de BA); S. B. Carpintero (Hosp. C.T. García); A. Mantero (Hosp. Francés); A. Gimenez (A.P.A.); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); P. Gabay (Hosp. Santojanni y Ramos Mejía); D. Matusevich (Hosp. Italiano y Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); L. Milano (Hosp. J. Fernández); H. Reggiani (Hosp. B. Moyano); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); L. Millas (Hosp. Rivadavia); N. Stepansky (Hosp. R. Gutierrez); E. Wahlberg (Hosp. Español); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); M. Podruzny (Mar del Plata); N. Koldovsky (La Plata).
CORDOBA: M. Cortes, C. Curtó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón.
ENTRE RIOS: J. H. Garcilaso. **JUJUY:** C. Rey Campero. **LA PAMPA:** C. Lisofsky.
MENDOZA: B. Gutiérrez; J. J. Herrera. **NEUQUÉN:** E. Stein. **RIO NEGRO:** J. Pellegrini.
SAN JUAN: M. T. Aciar. **SAN LUIS:** G. Bazán. **SANTA CRUZ:** E. Osorio.
SANTA FE: M. T. Colovini. **TUCUMAN:** A. Fiorio.

Corresponsales en el Exterior:

AMÉRICA CENTRAL: D. Herrera Salinas. **ALEMANIA Y AUSTRIA:** A. Woltzuck. **CHILE:** A. San Martín. **ESPAÑA:** J. Giménez Avello. **EE.UU.:** A. Sudilovsky. **FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar.

Informes y correspondencia:

VERTEX, Callao 157 P. B. "C", (1022), Capital Federal, Argentina, Tel. 49-0690 - 953-2353.

En Europa Correspondencia, Informes y Suscripciones: Dominique Wintrebert, 63, Bvd. de Picpus, (75012) París, FRANCIA. Tel.: 43.43.82.22.

Gerencia y Administración:
Carlos De Lorenzo

Diseño:
Ana Herrera
Coordinación y Corrección
Mabel Penette

Composición y Armado:
Omega Laser Gráfica
Callao 157 P.B. "C"

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

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

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX VOL. V N° 17, SETIEMBRE - OCTUBRE - NOVIEMBRE 1994.

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX.

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

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

SUMARIO

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- "Factores asociados a las reinternaciones de los pacientes psiquiátricos", Martín Agrest, Guillermo López, Martín Nemirovsky, Fernando Rosenberg, pág. 167.

DOSSIER

- NOSOGRAFIAS, Para pensar una nosografía, N. Feldman, pág. 178; Entrevista al Profesor Guelfi, por P. Eche y D. Wintrebert, pág. 182; Psicosis atípicas, D. R. Rojas, pág. 189; Nosografía del síndrome demencial, P. M. Gabay, C. A. Mangone, M. Fernández Bruno, pág. 197; ¿Qué hay de la parafrenia?, G. Belaga, pág. 204; Entrevista a Nicole Quemada, por P. Eche y D. Wintrebert, pág. 209.

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- Las formas fenoménicas de la locura, por E. Kraepelin, pág. 215.

CONFRONTACIONES

- Residencia interdisciplinaria de Salud Mental Comunitaria, Consejo Provincial de Salud Pública de Río Negro. Departamento de Salud Mental, pág. 231.

LECTURAS Y SEÑALES

- "Lecturas", pág. 237, "Señales", pág. 237.

EDITORIAL



La reciente aparición del DSM IV (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders) tan esperada y polémica presta un marco de actualidad al Dossier que Norberto A. Conti ha coordinado para este número de Vertex y que diversos colegas realzan con sus escritos y opiniones.

Es evidente que la fuerte corriente de medicalización que sacude a la psiquiatría en los últimos años, despierta encendidas polémicas, resistencias y adhesiones.

Aunque no se puede negar el enorme trabajo que las clasificaciones modernas (CIE, DSM) implican, y los sacrificios de posiciones y compromisos obtenidos a costa de difíciles autocríticas, tampoco pueden soslayarse objeciones epistemológicas de envergadura y prevenir contra deslizamientos de concepto centrales en nuestra práctica clínica.

Más allá de las necesidades que impone cierta gestión en los protocolos de investigación, particularmente epidemiológicos, algo es innegociable en la clínica y ello es la singularidad de cada individuo y su derecho a construir algo propio a partir de su sufrimiento. En otras palabras, que el precio del consenso no sea el definitivo aplastamiento del relieve subjetivo de la clínica.

En forma inusual para nuestra diagramación, la primera Sección comporta un solo artículo: la interesante encuesta llevada a cabo en el Hospital M. T. Alvear sobre la frecuencia de reinternaciones psiquiátricas. Esto se debió a la gran extensión del apasionante texto de Emil Kraepelin que aparece por primera vez en castellano y que ocupa toda la sección El Rescate y la Memoria. La importancia del mismo y su contenido, que hace cuerpo con la temática del Dossier, nos decidieron a adoptar este criterio editorial ■

J. C. Stagnaro D. Wintrebert

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES



- 1) Los artículos deben enviarse a la redacción: VERTEX. Callao 157 P. B. "C" (1022) Buenos Aires, Argentina.
- 2) Los artículos que se envíen deben ser inéditos, redactados en castellano y escritos a máquina por triplicado. El título debe ser breve y preciso. Los originales incluirán apellido y nombre del/los autor/es, títulos profesionales, funciones institucionales en el caso de tenerlas, dirección postal y teléfono. Deberá acompañarse en hoja aparte de 4 ó 5 palabras clave y un resumen en castellano y otro en inglés que no excedan 150 palabras cada uno. El texto total del artículo no deberá exceder de 20 páginas, dactilografiadas a doble espacio a razón de 30 líneas por página.
- 3) Las referencias bibliográficas se ordenarán por orden alfabético al final del trabajo y en la siguiente forma:
 - a) Cuando se trate de artículos de publicaciones periódicas: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del artículo, nombre de la publicación en que apareció, año, volumen, número, página inicial y terminal del artículo.
 - b) Cuando se trate de libros: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del libro, ciudad de edición, editor y año de aparición de la edición.
- 4) Las notas explicativas al piede página se señalarán en el texto con asterisco y se entregarán en página suplementaria inmediatamente a la página del texto a que se refiere la nota.
- 5) Gráficos y tablas se presentarán aparte, con su respectivo texto, cuidadosamente numerados y en forma tal que permitan una reducción proporcionada cuando fuese necesario.
- 6) El artículo será leído en forma anónima por, al menos dos miembros del Comité Científico quienes permanecerán también anónimos. Ellos informarán a la Redacción sobre la conveniencia o no de la publicación del artículo concernido y recomendarán eventuales modificaciones para su aceptación.
- 7) La revista no se hace responsable de los artículos que aparecen firmados ni de las opiniones vertidas por personas entrevistadas.
- 8) Los artículos, aceptados o no, no serán devueltos.
- 9) Todo artículo aceptado por la redacción no puede ser reproducido en otra revista o publicación sin previo acuerdo de la redacción.

Factores asociados a las reinternaciones de los pacientes psiquiátricos

Lic. Martín Agrest
Dr. Guillermo López
Dr. Martín Nemirovsky
Lic. Fernando Rosenberg

Psicólogo, Jefe de Residentes Psicólogos del Hospital Alvear, Warnes 2630.
Médico Psiquiatra, ex-Residente del Hospital Alvear, Warnes 2630.
Médico Psiquiatra, Jefe de Residentes Médicos del Hospital Alvear, Warnes 2630.
Psicólogo, ex-Residente del Hospital Alvear, Warnes 2630.

Resumen

Las causas que podrían estar vinculadas al aumento de las reinternaciones fueron investigadas mediante una encuesta realizada en los domicilios de los pacientes internados en el Hospital Alvear entre 1986 y 1988 con un diagnóstico agrupable dentro de las psicosis crónicas.

Las variables consideradas, tales como el nivel de instrucción, los antecedentes familiares, la satisfacción con el proceso de la internación, el tiempo y el número de internaciones, el acuerdo con los ingresos y los egresos, son analizados en una muestra de 47 pacientes efectivamente entrevistados sobre 134 seleccionados (a partir de 2033 historias clínicas).

Los resultados muestran un alto índice de reinternaciones, la falta de sistematización en el registro de la información en las historias clínicas, un importante porcentaje de antecedentes de internaciones en los familiares de quienes se internan, y cambios en las derivaciones según la cantidad de internaciones. Asimismo, permiten extraer algunas conclusiones respecto de los factores que no incidirían en las reinternaciones, proponiendo algunas alternativas para la realización de estudios futuros.

Palabras Claves: Reinternación - Factores para las reinternaciones - Psicosis - Tratamiento de las psicosis

"FACTORS ASSOCIATED TO PSYCHOTIC PATIENTS' HOSPITALISATION"

Summary

The causes associated to the increasing of rehospitalisation were investigated through an inquiry that took place at the Alvear Hospital inpatients' addresses, taking into account the subjects that had been admitted between 1986 and 1988 with a diagnosis of Chronic Psychosis.

The variables considered, such as the instruction level, the relatives' antecedents of hospitalization, the satisfaction with the process of inner treatment, the time and number of admissions, the agreement with admissions and discharges, are analyzed in 47 cases effectively interviewed from 134 selected and 2033 clinical records examined.

The results show a high rate of rehospitalisation, a lack of systematization in the clinical records, an important average of relatives' antecedents of hospitalizations, and changes in the derivations depending on the number of admissions. These results also allow to make some conclusions on the factors that do not affect readmissions and to suggest some alternatives for future investigations.

Key Words: Rehospitalisation - Rehospitalisation factors - Psychosis - Treatment of the psychosis.

"FACTEURS ASSOCIÉS AUX RÉHOSPITALISATIONS DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES"

Résumé

Les causes qui pourraient être liées à l'augmentation des réhospitalisations ont été étudiées grâce à une enquête faite auprès des familles des patients hospitalisés à l'Hôpital Alvear entre 1986 et 1988 avec un diagnostic de psychose chronique.

Les variables retenues, tel le niveau d'instruction, les antécédents de la famille, la satisfaction vis-à-vis du processus d'hospitalisation, le temps et le nombre de celles-ci, l'accord sur les entrées et les sorties, sont analysées dans un échantillon de 47 patients effectivement interviewés sur 134 sujets choisis (à partir de 2033 cas cliniques)

Les résultats montrent un taux élevé de réhospitalisations, un manque de systématisme par rapport à l'information dans les dossiers, un pourcentage important d'antécédents d'hospitalisation chez la famille des sujets hospitalisés et des changements dans les dérivations selon le nombre d'hospitalisations. De même, ces résultats nous permettent de tirer quelques conclusions quant aux facteurs qui n'auraient pas de rapport avec les hospitalisations et ils nous proposent différentes possibilités pour mener à bien d'autres études dans l'avenir.

Mots Clés: Réhospitalisation - Facteurs pour la réhospitalisation - Psychoses - Traitement des psychoses.

Introducción

Este trabajo parte de la idea de investigar los factores asociados a las reinternaciones de los pacientes en Salas psiquiátricas.

Luego de haber estado trabajando durante un año en las salas de internación de mujeres y de adolescentes del Hospital de Emergencias Psiquiátricas M. T. de Alvear, y por dos años en la guardia de dicho hospital, hemos observado con curiosidad (y a veces desaliento) el reingreso de pacientes que, más o menos tiempo atrás, habían estado ya internados. En otros casos, eran pacientes que salían de internaciones en otros Hospitales o Clínicas, y que nuevamente se internaban.

El hospital Alvear es uno de los hospitales de referencia de la Municipalidad de Buenos Aires para los pacientes con trastornos psiquiátricos, así como específicamente para las urgencias en esta materia. Cuenta con una Sala de Guardia con 16 camas (8 de hombres y 8 de mujeres), y, a su vez, realiza consultas externas. Asimismo el hospital dispone de una Sala de Mujeres con 30 camas, una

Sala de Hombres con 25 camas, y una Sala de Adolescentes con 18 camas (9 para varones y 9 para mujeres). Los pacientes que son internados permanecen primero unos días en la Guardia hasta que se encuentran más compensados y sólo luego son pasados a la sala que corresponda. En éstas, el tiempo máximo estipulado para su permanencia es de 90 días. La externación suele ser seguida por una derivación que puede efectuarse dentro del mismo hospital o fuera de éste. En el primer caso, los recursos con los que se cuentan son los Consultorios Externos, el Hospital de Día y el Servicio de Violencia Familiar. En el segundo caso, con la red de derivaciones de la Municipalidad de Buenos Aires, de la Provincia de Buenos Aires, de las Obras Sociales, y en algunos casos con instituciones privadas.

Nuestra experiencia en el Hospital Alvear nos decía que los pacientes que se internan o se externan, en algún momento lo hacen en otros hospitales con cuadros similares, de lo cual no hay sino el registro del caso aislado. De esta manera, puede suceder que alguien sólo tenga un ingreso en el Alvear, pero tenga además dos internaciones en otros hospitales. Por este motivo decidimos instrumentar la investigación llamando telefónicamente y yendo luego a los domicilios de los pacientes que hubieran estado internados. La simple búsqueda en las Historias Clínicas no hubiese sido suficiente.

Con estas consideraciones se procedió al armado de hipótesis para la confección de una encuesta a realizar con aquellos pacientes que hubieran estado internados y sus familiares.

Hipótesis iniciales

El supuesto del cual partimos podría sintetizarse de la siguiente manera: hay una serie de causas que se asocian al aumento de las reinternaciones y que exceden el marco de los factores psicopatológicos que habitualmente se asocian a la cronicidad de la patología mental.

El asunto era, entonces, tratar de delimitar cuáles podrían ser

esas causas. Fue así que conjeturamos la importancia de variables tales como:

- 1) El nivel de instrucción.
- 2) La satisfacción con el proceso de la internación, con la derivación y con el tratamiento posterior a la internación tanto por parte del paciente como de la familia.
- 3) El tiempo de internación.
- 4) La cantidad de veces que estuvo internado.
- 5) El haber tenido familiares internados.
- 6) El aislamiento social.
- 7) Las dificultades laborales.
- 8) La distribución en la vivienda en tanto indicador de la dinámica familiar.
- 9) La existencia de situaciones vitales de importancia, cercanas a las internaciones.
- 10) Las discordancias entre el paciente y la familia (y en el seno de la familia) en relación a los tratamientos.
- 11) El acuerdo y el desacuerdo para ingresar o egresar de las internaciones.

Metodología

Con estas hipótesis como guías diseñamos una encuesta que constaba, primero, de una serie de datos filiatorios (nombre y apellido, domicilio y teléfono actuales, edad, estado civil, nivel de instrucción, cantidad de internaciones, fecha y lugar de cada una de ellas). Luego, una serie de preguntas alternativamente dirigidas al paciente y a su familia, con la intención de evaluar el acuerdo o desacuerdo, satisfacción o insatisfacción respecto de cada una de las internaciones. Nuestra intención era obtener la impresión subjetiva de cada uno de los tratamientos, y no una consideración global de la enfermedad. Asimismo, algunas preguntas fueron pensadas como indicadores de aislamiento social, de indiscriminación dentro del grupo familiar, de la inserción laboral, etc. El modo en que éstas se formularon, creemos que fue sólo una manera de indagar sobre estas cuestiones, sin pretender ser exhaustivos.

La muestra que seleccionamos para investigar los factores asociados a las reinternaciones respon-



dió a varios criterios: *a.* tiempo mínimo de internación (al menos 15 días en la Guardia o que hubiese pasado a Sala de internación por más de 5 días), *b.* diagnóstico que figurase en la Historia Clínica y que pudiese ser agrupado como Psicosis Crónica en sentido amplio, incluyendo los trastornos delirantes del humor(1), *c.* domicilio de la internación en Capital Federal, *d.* haberse internado en el Hospital Alvear por primera vez entre el 1º de enero de 1986 y el 31 de diciembre de 1988.

En cuanto al tiempo mínimo de internación decidimos excluir aquellos casos que habían estado muy poco tiempo en la guardia por suponer que quienes incluyésemos en la muestra debían haber recibido un tratamiento cuyos efectos pudiesen ser evaluados. Igualmente, de la búsqueda en las Historias Clínicas se desprendió que este grupo (quienes hubiesen estado sólo unos pocos días en el hospital sin volver a internarse por un tiempo más prolongado) era muy escaso. Ya eran pocos los que habían estado internados lapsos tan breves y disminuían aún más cuando veíamos que se volvían a internar por tiempos mayores y sí eran incluidos en nuestra muestra.

Con respecto a los diagnósticos que decidimos tomar en cuenta es necesario realizar algunas aclaraciones. El diagnóstico considerado fue el de egreso de la internación que figuraba en la portada de la Historia Clínica. En los casos en que figuraba más de un diagnóstico, era suficiente para ser seleccionado el hecho de que al menos uno perteneciese al grupo de las Psicosis Crónicas.

Su elección respondió a nuestro interés por ver qué sucedía con estos pacientes al salir de un hospital como el Alvear cuya característica principal es ser una de las referencias para las "urgencias" psiquiátricas (recordemos que su nombre es "Hospital de Emergencias Psiquiátricas M. T. de Alvear"). Asimismo creímos que este tipo de pacientes nos ofrecería un panorama más rico en cuanto a los factores que pueden vincularse a las reinternaciones por su mayor recurrencia. Dentro de este grupo se incluyeron los siguientes diagnósticos: esquizofrenia (sim-

ple, hebefrénica, paranoide, residual, latente, o sin aclarar), defecto esquizofrénico, trastorno esquizofrénico de la personalidad, psicosis maniaco depresiva, psicosis afectiva, reacción paranoide, psicosis crónica (propriadamente dicha), síndrome delirante, síndrome paranoide, paranoias, psicosis paranoide, descompensación psicótica(2).

La variable del domicilio dado en el momento de la internación se incluyó para facilitar nuestro trabajo dado el límite de tiempo con que contábamos para llevar a cabo toda la investigación(3).

En relación al momento de la internación (1986-1988) el criterio que tuvimos correspondió a la necesidad de que: *a.* hubiese un intervalo que permitiese las reinternaciones (entre 6 y 4 años), *b.* el período comprendido (3 años) no fuese tan largo como para que los intervalos no fuesen tan diferentes y la muestra pasase a ser tan heterogénea, *c.* este factor limitase la muestra pero no la hiciese demasiado pequeña y ésta siguiese siendo significativa.

De las Historias Clínicas extrajimos los teléfonos que figuraban y el domicilio del paciente. Estos datos habitualmente constaban en la portada, aunque en algunas ocasiones fue necesario leer buena parte de ellas para poder hallarlos. En otras, o bien el teléfono o la dirección no eran ubicables. Una vez que fue delimitada la muestra y obtuvimos los datos señalados, procedimos a localizar en un mapa de la Capital Federal a los 134 pacientes que se ajustaban a nuestros criterios de selección, agrupándolos por zonas para facilitar las visitas, y sobre esta base comunicarnos con ellos. Entonces se procedió al contacto telefónico para concertar una entrevista o a la visita domiciliaria sin previo llamado si lo primero no era posible.

En la comunicación telefónica se explicitaba el motivo del llamado de la siguiente manera: "Yo soy el Dr. o Lic. X. Llamo de parte del Hospital Alvear, donde Y estuvo internado en la fecha Z. El Hospital Alvear nos ha pedido a un grupo de profesionales que busquemos a la gente que estuvo internada en este hospital entre los años 86 y 88 para ver qué ha

pasado con ellos, cómo han seguido, qué piensan de la internación que han tenido aquí o en otros lugares, y qué piensan de todo esto sus familiares. Esto sería una ayuda de Uds. al hospital, porque esto va a permitir ver cómo funcionaron las cosas y ver qué cosas deben modificarse para ayudar mejor a la gente que se interne en el futuro. Para eso hicimos una encuesta en la cual algunas preguntas son para quien estuvo internado y otras para la familia". A continuación, si aceptaban encontrarse, combinábamos un día, hora y lugar para efectuar la encuesta.

Siendo cuatro los investigadores decidimos llevar a cabo las entrevistas de la primera semana en duplas que fueron variando para luego hacerlas por separado, con la idea de homogeneizar los criterios de evaluación para completar las encuestas.

Estas se llevaron a cabo en los domicilios y en el hospital, en los casos en que no era posible arreglar horarios en las casas de los pacientes o en que éstos preferían concurrir al Hospital Alvear.

Con respecto a la presencia de un familiar, aclarábamos que era

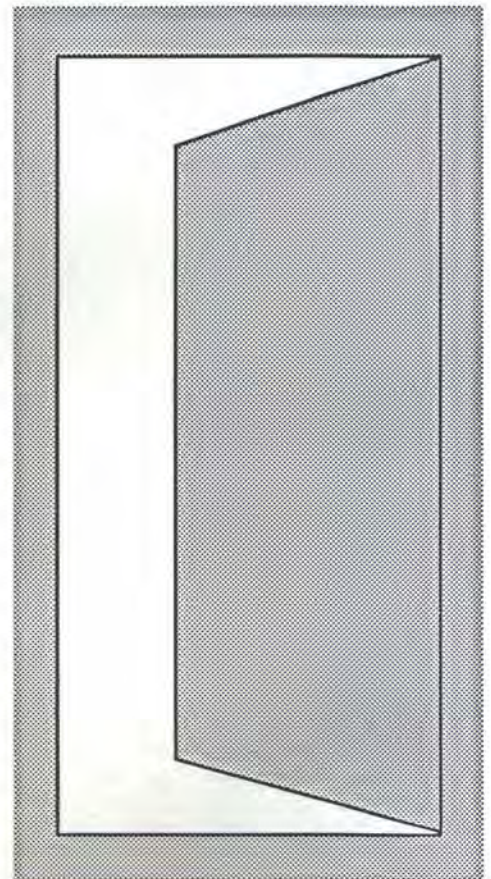


Gráfico 1
Distribución de la muestra poblacional



Gráfico 2
Distribución por cantidad de internaciones

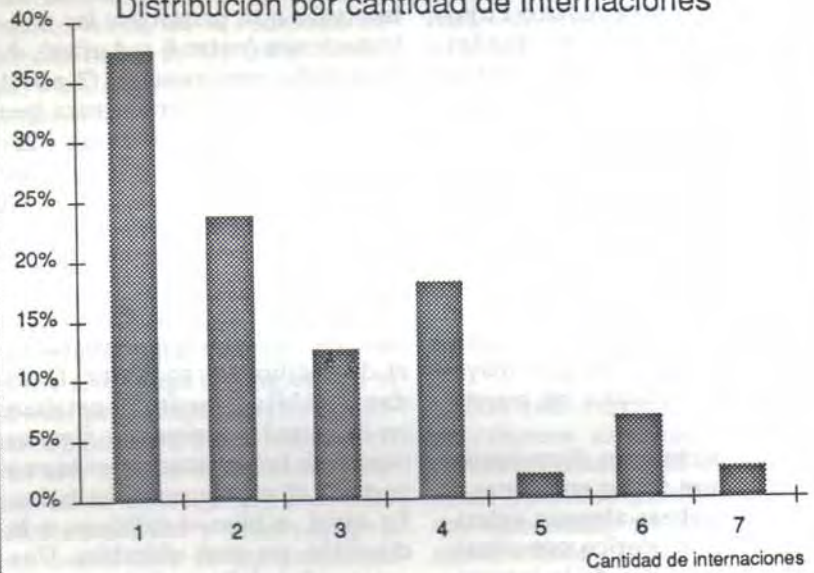
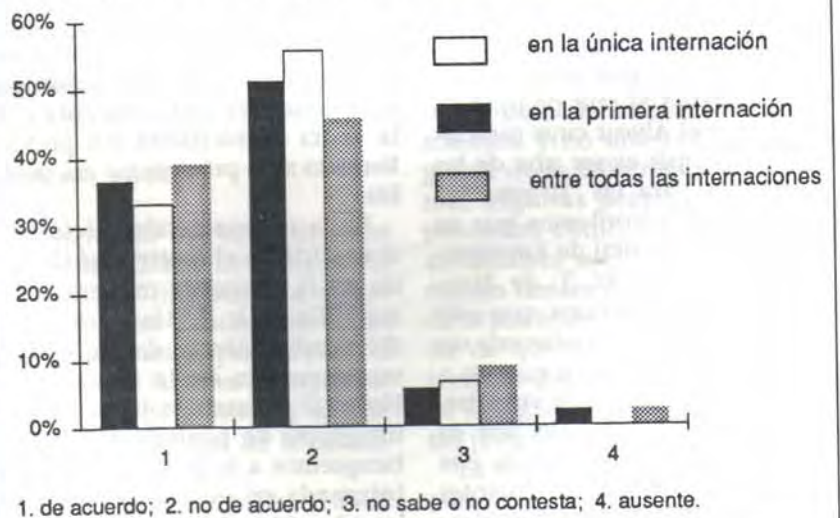


Gráfico 3
Comparación con pacientes de una sola internación



Cuadro N° 1
Cuadro comparativo de la muestra

	Encuestados	No encuestados
N° total	47	87
Mujeres/Varones	27/20	44/43
Edad promedio(8)	35.6	33.8
Cantidad de intern. en H. Alvear	1.68	1.48
Tiempo prom. de intern. en H. Alvear	61.7 días	64.8 días

necesario que al menos uno estuviese presente. Sin embargo, en varias ocasiones nos encontramos con que la familia no estaba por diversos motivos (trabajo, migraciones, imposibilidad de ubicar, etc.) y entonces, se decidió llevar a cabo la entrevista a solas con quien hubiera estado internado. Esto mismo sucedió en varias oportunidades en que el contacto telefónico no era posible y concurremos directamente al domicilio. En algunos casos, sólo el paciente o sólo el familiar podían ser entrevistados. En el primer caso, la encuesta se realizaba igual. No así en el segundo(4).

Resultados

Fueron efectivamente ubicados y encuestados 47 casos (35%). Los restantes 87 (65%) no fueron entrevistados por distintos motivos; discriminando entre estos últimos el 32,8% no encontrados en los domicilios de la Historia Clínica (conjeturándose mudanzas, migraciones, falsos domicilios, errores administrativos, etc.), el 16,4% se opusieron enfáticamente o negaron su colaboración para llevar a cabo la encuesta, el 11,2% se encontraban internados en el momento en que intentamos contactarlos (15 casos), y un 4,5% de los pacientes fallecieron, la mitad de ellos por suicidio (Gráfico 1).

Según la cantidad de internaciones que habían tenido, los pacientes que ubicamos se distribuían de la siguiente manera (sobre un total de 47): con una internación, 17 pacientes; con dos, 11; con tres, 6; con cuatro, 8; con cinco, 1; con seis, 3; con siete, 1 (Gráfico 2).

Esto significa que el 63,8% de

los pacientes encuestados tenía más de una internación psiquiátrica(5).

Con respecto a la distribución por sexo encontramos que 20 fueron hombres (42,6%) y 27 mujeres (57,4%). El promedio de edad de la muestra fue de 35,6 años. En relación a la existencia de familiares internados, 31,9% tenía antecedentes. El nivel de instrucción de las personas encuestadas arrojó los siguientes resultados: ningún caso sin instrucción, con primaria incompleta 4,3%, con primaria completa 6,4%, secundaria incompleta 25,5%, secundaria completa 31,9%, terciaria incompleta 21,1%, terciaria completa 10,6%. Nuestros datos no muestran ninguna correlación significativa entre el nivel de instrucción y la cantidad de internaciones. Respecto del estado civil hallamos que: 59,6% eran solteros, 21,2% casados(6), y 19,2% separados(7).

El tiempo promedio de internación fue de 68,4 días, mientras que la cantidad de internaciones fue de 2,55 veces. Solamente en el Hospital Alvear, este grupo lo hizo 61,7 días con una media de 1,68 ingresos.

Junto con estos casos, hubo un número importante de fracasos en el intento de realizar la entrevista. Nos preguntamos si algunos de estos factores presentarían significativas diferencias con el conjunto de los pacientes no ubicados. Pensamos que tal vez pudiese ser que la gente que sí respondió a nuestro llamado fuese un grupo privilegiado en cuanto a reinternaciones, variables de vivienda, familiares, etc. Comparamos, entonces, los resultados de ambos según los datos de las Historias Clínicas arrojando los resultados del Cuadro 1.

El grupo de los pacientes en-

cuestados muestra que 35 de los 47 pacientes se internaron por primera vez en el Hospital Alvear. El resto lo hizo previamente en otros hospitales (de la capital o del interior) o clínicas. De estos 35, 17 casos no volvieron a internarse (49%), mientras que 18 sí lo hicieron.

Antes de internarse por primera vez, un 49% tuvo tratamiento. Este no impidió que la mitad de ellos se internara durante el mismo.

En relación al acuerdo de los pacientes con la primera internación, 25 afirman haberse opuesto a la misma (53%). En cambio, un 38% estuvo de acuerdo. El resto no sabe o no contesta.

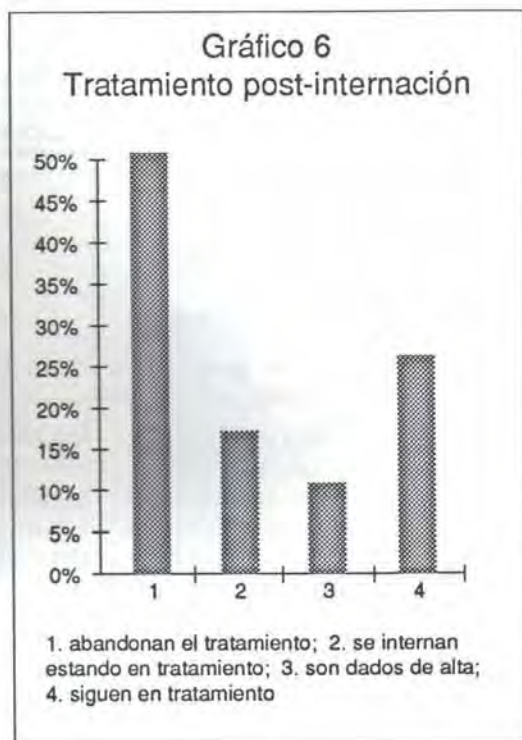
Paralelamente se observa que aquellos que en la primera internación no estuvieron de acuerdo con internarse, se internaron un promedio de 2,64 veces; mientras que los que sí estuvieron de acuerdo, lo hicieron 2,44 veces.

Llama la atención que del grupo que no estaba de acuerdo en la primera internación(25), 16 pacientes sí estuvieran de acuerdo en seguir tratamiento.

Como se ve en el gráfico N° 3, en cuanto a las características diferenciales de los pacientes que se internaron una sola vez, vemos que: son los que menos están de acuerdo con internarse; son los que más están en desacuerdo con la internación, y son los que menos dificultades tienen para contestar.

En referencia a la satisfacción con el proceso transcurrido en las internaciones los resultados fueron que estuvieron satisfechos con ese proceso: 70,5% de los pacientes que tuvieron una sola internación; 95% de los que se internaron dos veces y 65,3% de los que se internaron 3 o más veces (Gráfico 4).

Las externaciones evidenciaron las siguientes variaciones: un 81,8% de las internaciones de pacientes que se internaron 3 ó más veces estuvo de acuerdo con externarse; el 100%, para quienes sólo se internaron una vez, y el 91,5% para la primera de las internaciones de todos los pacientes de la muestra. El desacuerdo con la externación es de 6,8% para los primeros, 0% para los segundos, y 4,3% para los últimos. La imposi-



bilidad para contestar, como se aprecia en el gráfico N° 5, es de 11,4%, 0% y 4,3% respectivamente.

Respecto de los tratamientos iniciados con posterioridad a las internaciones, encontramos que un 49% abandona dichos tratamientos; un 16% continúa sus terapias hasta que se interrumpen cuando son internados; el 10% es dado de alta; el 25% sigue aún en tratamiento (Gráfico 6).

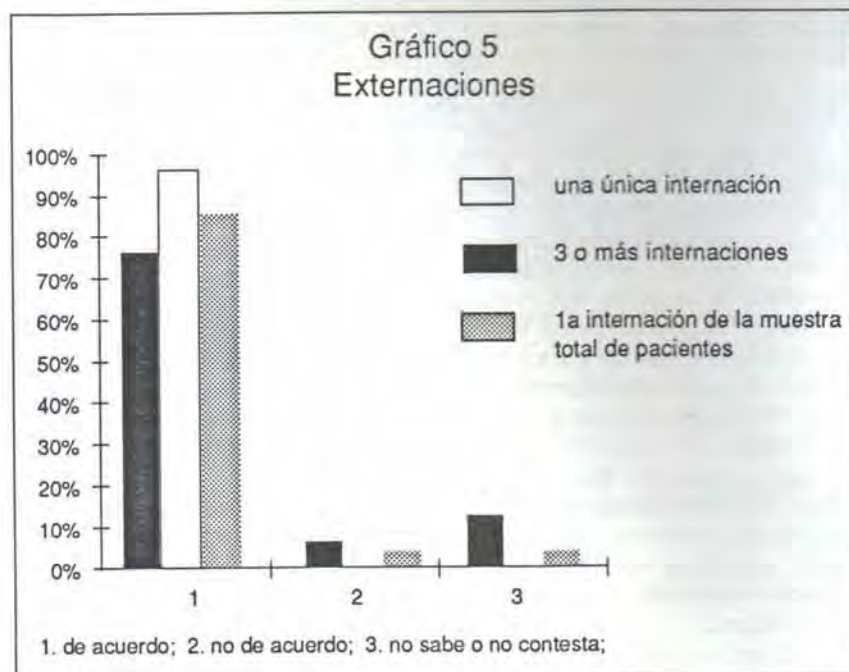
Analizando las derivaciones en forma global, hallamos que un

45% fueron al mismo establecimiento en que habían estado internados; 23% fueron a otro establecimiento; 22% fueron a privado; 5.5% no sabe; 3.7% se fugaron y 1.8% fueron altas contra opinión médica (y por lo tanto no llegaron a ser derivados).

Comparando con los valores encontrados solamente en las derivaciones de la primera internación, vemos que en estas últimas 55.8% son efectuadas en el mismo establecimiento; 16.3% a otro establecimiento; 28% son a priva-

do; 4.7% se fugan. (ver Gráfico 7)

También resulta significativo el resultado del agrupamiento de quienes tuvieron sólo una o dos internaciones, en comparación con quienes lo estuvieron 3 ó más veces. Los primeros fueron derivados dentro de la institución en un 50.7% de los casos y fuera de la misma en un 19.2%. Los segundos, disminuyen sus derivaciones en el mismo establecimiento a un 32.4% y aumentan las otras al 29.7% (tal como sucede con las imposibilidades para responder y las altas contra opinión médica que no permiten ningún tipo de indicación profesional) (Gráfico 7).

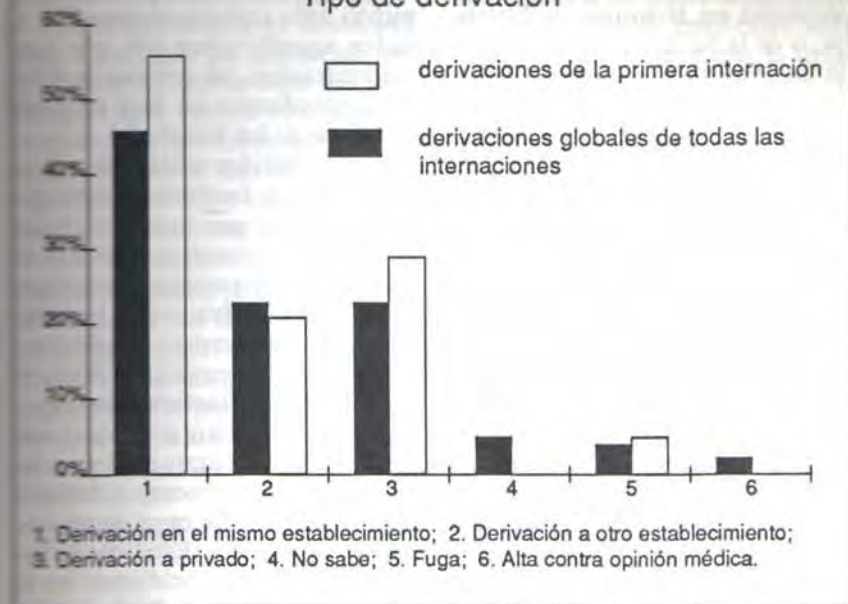


Conclusiones

I. Análisis de los objetivos

Varios fueron los motivos por los cuales los objetivos del trabajo sólo se pudieron cumplir en forma parcial. Primeramente, nos encontramos con una limitación para extraer conclusiones de los resultados obtenidos. Habiendo previsto un número de encuestas no inferior a 100, sólo pudimos concretar 47. Esto repercute dificultando la división de la muestra para cruzar distintas variables, a raíz de lo cual los datos pierden

Gráfico 7
Tipo de derivación



significatividad estadística. De esta manera, nuestra intención de evaluar las diferencias de estas variables entre quienes hubieran tenido más o menos internaciones, no puede evitar una atomización excesiva de la muestra.

En segundo lugar, cabe comentar la discrepancia entre las respuestas posibles que esperábamos para nuestras preguntas y aquellas con las que los pacientes y sus familias nos sorprendían cada vez. Las dificultades para que los encuestados pudiesen precisar sus impresiones sobre las internaciones y los tratamientos, fueron constantes. El recuerdo de éstos se tornaba crecientemente borroso en tanto la cantidad de internaciones aumentaba, y apenas podíamos aprehender una idea global de sus opiniones. Sin embargo, no era así como habíamos diseñado las encuestas.

En algunas oportunidades, directamente las entrevistas eran rechazadas; otras, era durante las entrevistas que nos decían que preferían no recordar "esas cosas". En otras circunstancias, teníamos la sensación que más que un "sano olvido" se trataba de los efectos de sus padecimientos.

II. Análisis de los resultados

Entre los pacientes que fueron efectivamente encuestados, un 63.8% fue alguna vez reinternado. Este resultado contempla no sólo

las reinternaciones en el Hospital Alvear, sino también en otros establecimientos; ésto nos indica que cuando un paciente pierde

contacto con el hospital, no nos informa que no haya recaído (17% se reinternó en otra institución luego de su último ingreso en nuestro hospital).

Un 36.2% de los entrevistados se internaron una sola vez. En éstos encontramos el mayor porcentaje de desacuerdo en el momento de internarse (58.8%) y el menor porcentaje de acuerdos (35.3%). Sin embargo, también se observó que quienes no estuvieron de acuerdo con internarse en la primera oportunidad fueron internados un promedio de veces ligeramente superior (2.64) que aquellos que estuvieron de acuerdo en hacerlo (2.44). Creemos, por lo tanto, que esta variable no puede ser tomada en forma aislada como indicador de mayor o menor probabilidad de reinternación. O tal vez se pueda suponer que exista más de una manera de estar en desacuerdo, y ésto no pudo ser discriminado en nuestras encuestas.



Quienes se internaron 3 ó más veces mostraron estar menos satisfechos con el tratamiento recibido(9)(65.3%) que aquellos que sólo lo habían estado en una o dos oportunidades (81.1%). Esto hace pensar que la impotencia de los servicios frente a los pacientes crónicos se corresponde con la sensación por parte de éstos de que son menos ayudados y sus internaciones son menos útiles.

Paralelamente, se observa que los tipos de derivaciones se vinculan a la cantidad de internaciones del paciente: la correspondiente a la primera internación muestra que es más alto el porcentaje de derivaciones dentro de la misma institución (50.7%) y a consultorios privados (24.7%), cayendo ambas cuando los pacientes se cronifican (32.4% y 16.2% respectivamente). Esto sería congruente con que las instituciones tienden a desembarazarse de los pacientes a medida que los pacientes se reinternan. Igualmente, habría que tener en cuenta la gran proporción de ingresos en el Hospital de Emergencias Psiquiátricas M.T. de Alvear, ya que siendo éste un hospital de agudos es lógico que aumenten las derivaciones a otros lugares.

Un 31.9% de los entrevistados

presentaba antecedentes familiares con internación psiquiátrica. Este dato podría avalar una interpretación en términos de herencia, o de la facilitación del recurso de las internaciones, en las familias, para los problemas mentales.

El nivel de instrucción, según las limitaciones de nuestra muestra, no parece tener relevancia como factor asociado al incremento de las reinternaciones.

III. Comentarios

La encuesta originariamente diseñada contenía preguntas respecto del trabajo antes y después de las internaciones, las actividades sociales fuera del hogar, la existencia de situaciones vitales de importancia antes de internarse y la forma de distribución en la vivienda como indicador de la dinámica familiar. Estos ítems nos desconcertaron a la hora de evaluar las respuestas y tener que introducirlos en categorías poco aptas para hacerlo. Cuándo una actividad era "trabajo", cuándo una amistad (a la que sólo veía una vez cada 6 meses y no recordaba si había dejado de frecuentarla) era un vínculo social; cuándo un "suceso importante" (la muerte de un familiar 15 años antes) había "precedido" a las internaciones, o hasta qué punto la modalidad de distribución en los ambientes para dormir "acorde" o "normal" podía indicar un espacio individualizado para el paciente. Todas estas preguntas terminaron por decidimos a eliminar estas respuestas a la hora de analizar sus resultados.

Con respecto al recibimiento de los entrevistados (si bien no tenemos datos exactos), fue con gran interés en su mayoría por los familiares, y con cierta curiosidad y temor en algunos casos por parte de los pacientes. Algunas veces llegaron a preguntarnos si los veníamos a internar (y no era fácil convencerlos de lo contrario); otras, estas ideas terminaban por interrumpir las encuestas (o directamente no las dejaban comenzar). En una oportunidad fuimos literalmente corridos de la puerta del domicilio, mientras la esposa del paciente gentilmente nos tomaba del brazo para que entrásemos. En otra, llamaron al Hospi-

tal para verificar que se tratase de "verdaderos encuestadores" y no de alguna otra cosa(10). Hasta tal punto este trabajo sorprendía a todos aquellos con los que nos comunicamos, tal vez por la falta de antecedentes en esta materia por parte de los hospitales.

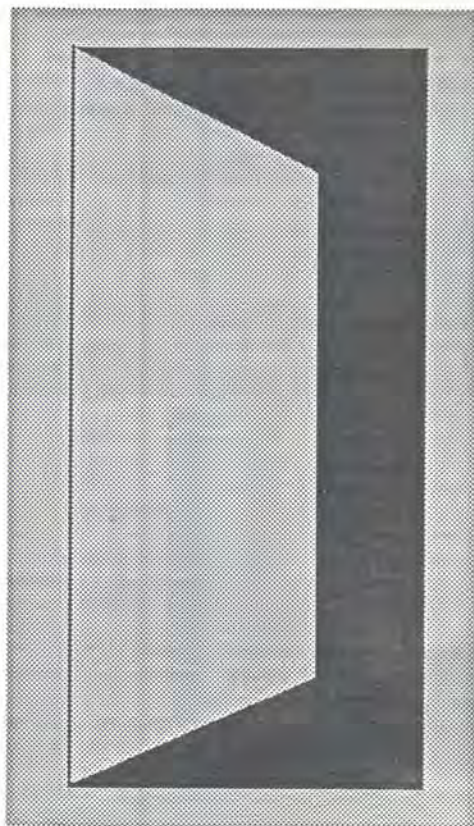
Los domicilios ubicados solían provocarnos frecuentes desconciertos: casas que parecían abandonadas (haciéndonos dudar si llamar a sus puertas), muchas otras que efectivamente lo estaban; pequeñas entradas que conducían a largos pasillos al final de los cuales habitaciones insospechadas albergaban a quienes serían nuestros encuestados, ambientes higiénicamente inhabitables. Es cierto que otras veces nada de esto sucedía. Estas condiciones podrían estar incidiendo en el importante porcentaje de población no ubicada, a consecuencia de su inestabilidad habitacional.

El estado en que encontramos a muchos pacientes nos hizo reflexionar sobre cuáles son los determinantes que conducen a las internaciones. Varias personas fueron halladas en condiciones similares a las que observamos cuando llegan a nuestro hospital; esto no parece suficiente para que alguien se interne.

Aquello que vemos en la Guardia o en las Salas sólo representa un pequeño segmento de largos procesos que luego continúan fuera de la Institución. Un trabajo posterior podría intentar proseguir la pesquisa de cuáles son los factores que, más allá de las recaídas, culminan en nuevos ingresos psiquiátricos.

IV. Propuestas

Los tratamientos abandonados y las pocas altas que se dan (y que no impiden la reinternación), cuestionan las modalidades de seguimiento que se han implementado para ayudar a las personas que son internadas. Las derivaciones a los Consultorios Externos del mismo hospital que debe ocuparse de las emergencias psiquiátricas (y por lo tanto con plazos que serían muy limitados), a otros centros que lamentablemente muchas veces terminan contribuyendo a cronificar y aislar a los pacientes, o a tratamientos privados



que se interrumpen por motivos académicos o descompensaciones parecen soluciones parciales.

Un hospital que es diseñado para solucionar las urgencias psiquiátricas no puede dejar de contemplar qué sucede con sus pacientes cuando éstos pierden el contacto con el mismo. Esto no significa que deba hacerse cargo de todo el proceso que culmina con el restablecimiento de los vínculos sociales, pero sí que deba preocuparse por tener una buena red de derivaciones que lo permitan. Y esto compete, fundamentalmente, a la política global del Sistema de Salud Mental dependiente de la Municipalidad de Buenos Aires.

Con respecto al trabajo realiza-

do creemos que sólo hemos podido aproximarnos a estas cuestiones, y podría ser provechosa la implementación de encuestas más depuradas para investigar la utilidad de las internaciones psiquiátricas y así evaluar cuáles son las mejores estrategias de tratamiento. Para ello, sería conveniente contar con historias clínicas que tengan los datos sociales más relevantes en lugares destacados de las mismas (por ejemplo, tres teléfonos de familiares, vecinos o conocidos, siempre que sea posible; más de una dirección), y con criterios homogeneizados para los diagnósticos y actualizaciones dentro de cada hospital y en toda la red de salud mental. De esta manera se facilitaría el acceso a una muestra

mayor, uno de los problemas fundamentales con el que nos encontramos en este trabajo.

Queda por investigarse, teniendo en cuenta el nivel de reinternación, si las casas de medio camino, los talleres protegidos, las salidas del hospital a la comunidad, u otros tratamientos alternativos puedan ser mejores inversiones en términos económicos, sociales e individuales respecto de las internaciones.

Tal vez un estudio prospectivo con quienes se internan actualmente (y poniéndolos sobre aviso), llevado a cabo con la fundamental colaboración de asistentes sociales, podría ser un paso adelante para implementar distintas formas de seguimiento ■

Agradecimientos

En la búsqueda en las Historias Clínicas fue importante la colaboración del personal Administrativo de los Consultorios Externos del Hospital Alvear, ayuda sin la cual este trabajo hubiese sido mucho más lento y tedioso.

En el trabajo del armado de hipótesis colaboró el Servicio Social del Hospital Alvear, dirigido por la Lic. A. Somazzi, con la especial colaboración de las

Lic. Diana Mosto, Marta Ramírez, Florencia Fourcade, y María Fitte, quienes al igual que el personal administrativo nos facilitaron un lugar para trabajar y recolectar datos.

Asimismo fueron de gran ayuda las sugerencias metodológicas de la Lic. en Sociología M. Mourekian, como el asesoramiento técnico del Macintosh Art Center para procesar los datos.

Es de destacar el apoyo e interés para que la investigación se desarrollase

por parte de las autoridades del hospital, y especialmente de su director, el Dr. O. Taber.

Finalmente debemos agradecer a los pacientes, a quienes no pudimos entrevistar y (especialmente) a quienes nos recibieron, por habernos permitido cuestionar la visión de sus problemas que dos años en el hospital nos habían condicionado.

Notas

1. Consideramos a las Psicosis Crónicas (arbitrariamente definido, aunque metodológicamente conveniente) como agrupación similar a la que en el ICD-9-CM se cataloga como Otras Psicosis (295-299) que incluyen a la Psicosis Esquizofrénica, Psicosis afectivas, Estados Paranoides, Otras Psicosis no orgánicas. En el DSM-III-R correspondería aproximadamente a un conjunto formado por la Esquizofrenia, el Trastorno delirante (paranoide), los Trastornos psicóticos no clasificados en otros apartados y los Trastornos bipolares. Teniendo en cuenta la última versión (DSM-IV), este grupo correspondería a la Esquizofrenia y Otros Trastornos Psicóticos -Esquizofrenia, Trastorno Esquizofreniforme, Trastorno Esquizoafectivo, Trastorno Delirante, Trastorno Psicótico Compartido, Trastorno Psicótico no especificado- más los Trastornos Bipolares tipo I (296).

2. La heterogeneidad de los diagnósticos hallados y la superposición o equivalencia en diversos sistemas clasificatorios complicaron en más de una oportunidad nuestra decisión de incluir o no determinados pacientes en nuestra muestra, y mucho más aún cuando in-

tentamos obtener resultados de los pacientes según sus diagnósticos. Algunos de estos términos se encontraban en el ICD-9-CM, otros en el DSM-III-R, y otros en ninguno de los dos.

3. El tiempo correspondía a los cuatro meses de rotación por el área de Atención Primaria de la Salud, incluidos en el programa de la residencia de psicopatología de la Municipalidad de Buenos Aires.

4. En una oportunidad, luego de largas complicaciones para ubicar al paciente, un familiar respondió nuestro llamado, dijo ser psicóloga de profesión, hermana de quien había estado internada, conocer bien el proceso de la enfermedad de ésta y que ahora su hermana se encontraba viviendo en el interior del país. Decidimos llevar a cabo la entrevista con el familiar solamente.

5. Es necesario tener en cuenta que por fuera de estas cifras sabemos que 15 sujetos contabilizados entre los no encuestados sufrieron más de una internación ya que estaban internados en el momento en que tratamos de ubicarlos. Si bien no sabemos qué porcentaje puede significar esta cantidad sobre los 87

no encuestados, suponemos que el porcentaje de reinternaciones se incrementaría.

6. Las personas que vivían en concubinato fueron consideradas como "casadas".

7. Este dato no puede dejar de ponerse en relación a la edad promedio antes señalada (35.6 años).

8. Es importante destacar cómo fue calculado para cada grupo la edad de los pacientes. En el caso de los pacientes ubicados se les preguntaba la edad (habiéndose llevado a cabo las encuestas entre octubre y diciembre de 1992). Para los no ubicados, se procedió a calcular la edad que tenían en el momento de la última internación en el Hospital Alvear. [Recordar que el período de internación de la 1ª internación que buscamos fue entre 1986 y 1988].

9. Esta pregunta era formulada en los siguientes términos: "¿Estuvo satisfecho con el proceso de su internación N° x? ¿Cree Ud. que le sirvió para algo?"

10. En este caso, aun luego de la verificación, curiosamente, siguieron negándose a realizar la entrevista.



Estela Uhart
"Naturaleza muerta"
Témpera
0,40 x 0,50 m



NOSOGRAFIAS

Coordinación Norberto Aldo Conti

Heredera del asilo y de la medicina, la psiquiatría no pudo –y aún no puede– liberarse totalmente de los criterios y de los conceptos en los cuales aquéllos se fundaron y consecutivamente de los imaginarios sociales que históricamente intervinieron en su producción”.

Así comienza Noel Feldman un artículo que llama a una reflexión profunda que aún nos debemos en el terreno de la Salud Mental. ¿Es posible sobre fin de siglo, a más de treinta años de “La estructura de las revoluciones científicas” de T. Kuhn y de todas las conceptualizaciones epistemológicas que la acompañaron –Feyerabend, Foucault, Althusser, Lakatos, Goudner, Brown, Hawking– seguir escaoteando el problema de las implicancias socio-culturales en la producción de cualquier saber que se pretenda científico? ¿Es posible adscribir a un modelo de “ciencia pura” desentendida de la historia externa sobre la cual se sustenta y que funciona en el cuerpo social a la manera de la “ciencia martillo” como la ha denunciado Marí en su crítica de los últimos años? Es evidente que no, y así lo entiende Nicole Quemada, especialista francesa en Epidemiología y clasificaciones de enfermedades mentales a cargo de investigaciones en el Instituto Nacional de la Salud y de la Investigación Médica (INSERM), quien en la entrevista que concede a Vertex no duda en explayarse sobre los determinantes culturales y políticos que incidieron e inciden permanentemente en la tarea de establecer clasificaciones a uno y otro lado del Atlántico.

También el profesor Guelfi desnuda parte del itinerario de la producción de clasificaciones tan abarcativas como la CIE y el DSM norteamericano y nos recuerda que “... El DSM-III no es una nosografía, sino una clasificación. La nosografía es la clasificación metódica de los trastornos, pero no hay ningún método; de hecho es una clasificación que no posee una coherencia de conjunto, por lo tanto es una clasificación de los trastornos mentales que no puede llegar al estatus de nosografía...” para agregar más adelante: “... la utilización de estos criterios diagnósticos, que son de los más

prácticos para ponerse de acuerdo sobre la presentación de un cierto número de cosas no representa el conocimiento en psiquiatría...”

Saludable reflexión ya que, si bien su discernimiento lógico parece elemental, es algo aparentemente no reconocido en nuestro medio. Sería deseable que la apertura hacia una discusión seria y responsable sobre estas cuestiones nos permitiese avizorar las implicancias éticas que se despliegan sobre cualquier producción de saber, justo ahora en que la Filosofía misma busca aproximaciones entre corrientes tan diversas como la Hermenéutica y la Filosofía Analítica a partir de la posibilidad de un horizonte ético que permita una “discusión Universal”; una palabra compartida.

No resulta extraño en este contexto que al releer la *Ética Nicomaquea* se reconozca el enorme esfuerzo realizado por Aristóteles hace 2400 años por fundamentar el sentido de los términos a partir de su contextualización histórica y los usos cotidianamente aceptados. El pudo ver, con esa lucidez que lo distinguió, que la cuestión giraba en torno al punto de partida; es decir, el uso histórico social del lenguaje y sus implicancias sobre la realidad. De esto también se tratan las nosografías.

Nos deslizamos luego al trabajo sobre Psicosis atípicas con el cual Rojas vuelve a mostrarnos la riqueza y utilidad de la clínica Alemana clásica como ha venido ocurriendo en diversos trabajos aparecidos en el último año.

Después Gabay, Mangone y Fernández Bruno nos brindan una sólida visión de la nosografía del Síndrome Demencial en un recorrido histórico que se inicia en el Papiro de Ebers y termina en el DSM-IV.

Y finalmente Belaga nos introduce en el renovado interés por la parafrenia y luego de un breve recorrido histórico, propone rebautizar este término clásico con un uso técnico restringido a la clínica diferencial de las psicosis según las enseñanzas de Lacan.

Vemos entonces cómo las nosografías nos llevan a analizar el corazón mismo de la Psiquiatría: la psicopatología, su objeto, sus prácticas y sobre todo sus alcances, esto último como una necesidad ética de nuestro tiempo ■

PARA PENSAR UNA NOSOGRAFIA

Noel Feldman

*Ex-Asistente extranjero, Servicio del Dr. Henri Ey, Francia.
Profesor agregado, Universidad de Montreal, Canadá.
Director Instituto Philippe Pinel, Rosario, Argentina.
Boulevard Oroño 1495, Rosario, Argentina.*

Heredera del asilo y de la medicina, la psiquiatría no pudo –y aún no puede– liberarse totalmente de los criterios y de los conceptos en los cuales aquéllos se fundaron y consecutivamente, de los imaginarios sociales que históricamente intervinieron en su producción. Noción a ser retenida cuando se pretende ensayar un análisis de la problemática nosológica actual, pero imposible de desarrollar en este trabajo. En consecuencia, nos limitaremos a señalar tres momentos que balizan el recorrido hacia la constitución del modelo médico moderno de la enfermedad, para luego intentar lo que el título propone.

El primero, (siglo XVII) se produce con la obra de Sydenham en la constitución de la gota como modelo operatorio de entidad-enfermedad: sintomatología típica y característica, evolucionando por crisis de naturaleza semejante en un mismo paciente y que reproduce igual cuadro de un paciente a otro. Se trata de una invariante semiótica que trasciende al tiempo, a los sujetos y a la topografía(1).

El segundo momento (siglo XVIII) es el de la afirmación por Morgagni y su escuela de la presencia de la relación enfermedad/lesión visceral macroscópicamente típica, a la que Hunter y Bichat agregarán la conquista microscópica de la composición tisular específica. A partir de allí están dadas las condiciones para concebir la enfermedad de sistema.

La Escuela de París no acepta

pasivamente lo que la patología le brinda; a través de una semiología compuesta de signos físicos, obtenida particularmente del desarrollo de las observaciones e investigaciones en el área cardiovascular, va activamente en busca del síntoma y de la alteración que éste denuncia, consagrando, en el siglo XIX, el método anatomoclínico.

Cumplido el tercer momento, la concurrencia de la etiología, la histopatología, el concepto de alteración funcional y el método anatomoclínico hicieron de la enfermedad un objeto en sí, capaz de responder al paradigma causa/efecto y disponible para ser apropiada por el saber positivo. El saber vital del paciente respecto de sí mismo y aun de su sufrimiento queda excluido y sólo es recuperado bajo una forma filtrada a través de un procedimiento esterilizador llamado anamnesis, interrogatorio codificado desde la medicina. De esta manera, cuando la medicina ingresa a nuestro siglo, la noción epistémica de enfermedad –construida desde el ideal positivista– está totalmente constituida.

Queda así marginado del sufrimiento humano el sujeto en cuanto a su existencia concreta y a la forma de producirla en relación con los otros, de pensarla y de hablarla; queda también marginado su cuerpo, espacio donde las múltiples facetas del ser son, y la manera de vivirlo; queda entonces marginada la subjetividad, en donde se es para sí y la palabra en donde también se es para el otro.

A pesar de este doloroso reduccionismo el método anatomoclínico iniciado por la Escuela de París (Corvisart, Laennec) fue extremadamente eficaz y –lo que es fundamental, desde una cierta concepción científica– previsible y verificable. En el clima de la modernidad se hizo hegemónico y la psiquiatría, solamente en razón de las particularidades de su objeto, pudo penosamente evitar un total vasallaje. Las vicisitudes de este proceso se encuentran claramente reflejadas en los numerosos debates en torno a la cuestión de la psicogénesis y organogénesis, sin reducirse, naturalmente, a ellos.

En el plano de las deliberaciones nosológicas y de las construcciones nosográficas psiquiátricas, la confrontación entre la reduplicación del reduccionismo materialista del modelo médico y las concepciones psicologistas ha girado sobre un eje epistémico constituido por numerosas cuestiones que van desde el concepto de enfermedad, pasando por entidad versus síndrome, hasta lo justificado o no de una clasificación.

Si bien brevemente, para entender mejor, tomemos el síntoma en su perspectiva médica y en su perspectiva psiquiátrica. En medicina, el significante del signo indica la presencia de algo distinto a lo que debiera estar allí: p. ej., en la percusión pulmonar una tonalidad mate en lugar de sonora. Este significante remite a un significado, ya sea el de la existencia de un elemento relativamente

aspecto que se interpone entre el pulmón y la pared, ya sea de un elemento otro que el aire que ocupa el pulmón. La polisemia inicial del síntoma aislado irá transformándose en monosemia por la concurrencia de otros síntomas, de la misma manera que las palabras adquieren su sentido en la frase por *apres-coup*, de modo que cada nuevo síntoma limita la significación del anterior y lo precisa.

La distinción entre síntoma y signo, en medicina, merece un debate aparte puesto que, para algunos, el síntoma es la manera "bruta" con que se presenta la enfermedad, una especie de sinceridad con la que la naturaleza se presenta a la mirada. No hay ni significante ni significado. El es, simplemente. El síntoma corresponde, escribe Barthes, retomando a Hjelmslev, a la substancia de significante(2). El acto semiológico lo transforma en el signo haciéndolo significativo de un significado. El síntoma se agota en su actualidad y se reduce. El signo evoca en la anamnesis, argumenta en el diagnóstico, anuncia en el pronóstico. El signo es dominio conceptual de la enfermedad, por que el postulado primordial es que "el ser del significado, el corazón de la enfermedad, se agotará enteramente en la sintaxis inteligible del significante(3, 4)".

En el mismo artículo, respecto al síntoma en psiquiatría, el autor sostiene que, contrariamente a lo que sucede en medicina, "la clínica se construye sobre una inversión constante de las reparticiones entre significantes y significados. La reducción global de las secuencias semiológicas al rango de significado de los significantes nosológicos termina en una confusión entre semiología y etiopatogenia. Del mismo modo, la necesidad para cada signo psiquiátrico de ser sostenido por un diagnóstico, que opera como signifi-

cante, conduce al desplazamiento de la apuesta clínica solamente sobre la nosografía(5)".

Para otros autores, sin embargo, "... la tentativa de aplicar el modelo de la estructuración lingüística a los cuadros clínicos de síntomas y de síndromes en psiquiatría, merecería ser hecha (como lo ha sido por Lanteri-Laura y por Leguil), pero la experiencia parece demostrar que la aplicación mecánica de los conceptos de la lingüística actual a la psiquiatría no aporta instrumentos operatorios, sino únicamente modos terminológicos(6)".

La cuestión se mantiene abierta puesto que si lo esencial del síntoma en medicina es que él está donde debiera estar otra cosa precisa (mate, en lugar de sonoro), en psiquiatría frecuentemente el síntoma está donde debiera estar otra cosa pero imprecisa y que por lo tanto exige una interpretación. El delirio en su vertiente significativa es idea falsa y en su vertiente significativo es indicativo de psicosis y en ambos casos remite a otra cosa. Los estereotipos generados por el aprendizaje de una semiología que no ha cambiado desde hace más de un siglo, nos conducen directamente a la nosografía(7). Sin embargo, a diferencia de lo que sucede con el síntoma en medicina, el síntoma psiquiátrico, en su faz significativa, no sólo contiene los elementos de un código (el semiológico) que por lo tanto requiere una decodificación, sino también un indicio (¿en lugar de "qué" está la idea falsa? Es decir, aquello que hace afirmar a Melmann que el delirio no erra su objeto) que requiere de la interpretación. Recién entonces el significado puede abrirse paso, es decir, el contenido profundo, el sentido de esa psicosis.

Pero además, en la clínica psiquiátrica están presentes síntomas muy emparentados con los de la medicina, por la directa relación

con el hecho biológico; tal el caso de una esterotipia motora o el de ciertas alteraciones de la memoria, pero también en el plano afectivo, en las psicosis tóxicas y en otros cuadros de organicidad cerebral de diverso tipo, en las somatizaciones, etcétera.

Para intentar hacerse camino en esta dificultad epistemológica quizás sea útil inspirarnos en algunas ideas propuestas por Atlan(8). La ciencia hoy, al ocuparse de lo real, produce recortes y establece dominios que se estructuran más o menos rápidamente en torno al modelo disciplinario. En cada dominio, a su vez, se reconocen distintos niveles de integración; "en consecuencia, las fronteras del conocimiento objetivo se hallan en las articulaciones de los niveles de organización". Esto significa que, si bien la realidad es una y como tal no hay sino unidad del objeto psíquico, los recortes que la ciencia opera sobre este objeto justifican los distintos discursos que le dan sentido a lo real.

Posiblemente una de las mayores dificultades de la psiquiatría, en sus aspectos clínicos, nosológicos y nosográficos lo constituya el hecho de no haber podido establecer con mayor claridad su dominio y la relación con los otros discursos con los que necesariamente tiene que dialogar en los lugares de articulación de los diferentes niveles de organización de nuestro objeto. Es en este sentido que debe interpretarse el pensamiento de Widlocher(9) cuando propone que el síntoma sea referido a sistemas de acción (biológicos, psicológicos¹) en su articulación. De una manera menos precisa, pero quizás más gráfica, Green dice que "la interioridad emerge como síntoma cuando se constituye como exterioridad; cuando se objetiva atravesando todas las instancias psíquicas en un trazo que va desde lo pulsional hasta lo social".

¿Refleja la clínica psiquiátrica contemporánea la exigencia de dar cuenta de las operaciones psíquicas que se producen en las instancias articulares entre lo biológico, lo psicológico y lo social? Indudablemente que lo hace en una medida extremadamente modesta, casi híbrida, como marcada por su herencia de dos especies diferentes, la de la medicina y la del asilo.

Si, por el contrario, la psiquiatría asumiese sus herencias biológicas y sociales, por una inversión total de los modos con que en el siglo XVII ambas se expresaron en el campo de la locura, es decir, liberada de sus aspectos materialistas reduccionistas una, y de los aspectos segregacionistas, represivos y de su empirismo² la otra, estaría en condiciones de aceptar que ella pertenece a un dominio —el de la Salud Mental— que se encuentra en el *carrefour* de dos campos epistémicos diferentes: aquel que corresponde a las Ciencias de la Naturaleza y el que corresponde a las Ciencias del Hombre³.

Es en este nivel de integración —siguiendo a Atlan— en donde debe encontrar los ejes de su *episteme*, en cuyo defecto el riesgo permanente del deslizamiento hacia lo bio, lo psico o lo social resulta inevitable.

En el marco actual de creciente proceso de multiplicación disciplinaria se hace más evidente el ambiguo posicionamiento inter y supraterritorial de la psiquiatría y por lo tanto se agudiza la exigencia de la reflexión en torno de la necesidad de la delimitación de su espacio. Dicho de otra manera, debiera establecerse a partir de qué premisas puede la psiquiatría legitimar su pretensión de un objeto específico y de las modalidades específicas de abordaje científico de ese objeto.

Seguimos carecientes de teorías propias, por lo cual la psiquiatría es una manera más o menos cien-

tífica de abordar los desórdenes psíquicos, sin posibilidad de inscripción dentro de un sistema de pensamiento que permita una comprensión integradora y no totalizadora.

Ni la fenomenología, que parte de la existencia de las entidades para describir el "ser en el mundo" característico; ni el intento organo-dinamista de H. Ey, que cuatro décadas después de su concepción todavía se muestra avaro en frutos o algunos desarrollos más recientes, tales los de Janzarik o de P. Marchais, han logrado un mínimo consenso de la comunidad psiquiátrica.

De modo que lo propio de la psiquiatría en el momento actual es la utilización más o menos terapéutica de una clínica nosografizada más que nosologizada, desde el empirismo confeso del DSM-III.

El vacío teórico no permite integrar de manera fecunda nociones provenientes de concepciones exógenas tales como el psicoanálisis o el cognitivismo, produciendo el efecto de una híbrida correlación con la clínica psiquiátrica y una relación de compromiso a nivel del abordaje terapéutico.

Hasta el momento la neurobiología no ha dado sino respuestas limitadas y fragmentarias a los problemas planteados por la clínica y casi lo mismo puede decirse de la psicofarmacología, agregado a que ella da respuestas casi tautológicas, del tipo "puesto que tal molécula actúa sobre tal neurotransmisor y que el cuadro se modifica, la enfermedad se debe a la alteración de dicho neurotransmisor".

Es cierto que todo ello puede ser convenientemente utilizado y la solución práctica que lógicamente se desprende —y que funciona— es el equipo multidisciplinario en el cual las diferentes clínicas, es decir, las diferentes formas de organizar la reflexión

científica del objeto, dicen algo de un sujeto y sobre lo que se puede hacer para aliviar su padecimiento.

Pero, si bien hay una ética de las teorías para sí, en sus relaciones sólo funcionan en el interior de un equipo terapéutico sobre la base de un acuerdo de los ejecutantes que aceptan marcar solamente el ritmo de fondo y no sus propias melodías, mientras el intérprete principal de turno la ejecuta en su instrumento.

Temo que nos estemos deslizando insensiblemente a una especie de reduccionismo balcánico, donde diversas religiones hacen como que conviven en nuestro territorio, mientras que crecientemente nos debilita la falta de un *corpus* teórico capaz de legislar mínimamente sobre el lugar de cada uno y cada cual y más allá de lo fáctico, sobre el carácter de las interrelaciones que se producen.

Podría sostenerse que el espacio ocupado por diversas teorías en el cuerpo de la psiquiatría está legitimado desde la perspectiva del carácter complejo del objeto y la complementariedad cooperativa de los modos de conocimiento y acción; en ese caso me parece oportuno recordar el señalamiento de T. Kuhn cuando dice que "la investigación de la ciencia normal (para el caso, la psiquiatría) está dirigida hacia la articulación de los fenómenos y teorías que el paradigma brinda ya".

Por ello, si bien el diagnóstico y la nosología no reificante pueden establecerse sobre las condiciones de posibilidad de un verdadero trabajo psicoanalítico, de un abordaje psicoterapéutico otro o simplemente de la farmacoterapia o de las necesidades del pasaje de uno a otro en función de la dinámica del proceso individual, queda siempre planteada la cuestión de que el conocimiento está condicionado a los instrumentos teó-

tos y técnicos con que definamos nuestro objeto y recorramos sus fronteras.

En consecuencia, la primera cuestión que entonces se plantea es la de encontrar ese corpus teórico capaz de sostener paradigmáticamente nuestra reflexión y nuestra práctica. Personalmente creo que debemos buscarlo en la articulación de los diversos niveles de integración del psiquismo humano, sin dejar de tener en cuenta que la mayor dificultad estaba justamente en el hecho de que "nuestra disciplina podría caracterizarse por tener por objeto la desnaturalización que sobreimpone al funcionamiento biológico otras leyes que las de la regulación animal(10)".

El pasaje de lo biológico a lo psíquico en el hombre, es decir, la desnaturalización producida en él por lo social, no pertenece ni a lo biológico, ni a lo social, perteneciendo a ambos al mismo tiempo; pero, lo que es verdaderamente importante es la generación de una calidad nueva, poseedora de propiedades que no pertenecen ni a uno, ni al otro. Debemos aceptar que aún no poseemos los instrumentos técnicos (no solamente materiales) para penetrar e intervenir en tales fenómenos y consecuentemente las exigencias teóri-

cas son imperativas a fin de disponer de un arsenal hipotético capaz de avanzar hasta que llegue el momento de su refutación.

La construcción freudiana del concepto de neurosis termina en 1924 un recorrido que se inicia con Cullen en 1777. Desde una perspectiva psicogenética el psicoanálisis opera, a partir de la metapsicología, una hermenéutica que le otorga el dominio casi absoluto del "espacio" neurótico. Las teorías de Pavlov reconvertidas en el Behaviorismo entraron en la competencia y luego lo hicieron otras concepciones y formas de abordaje psicoterapéutico, pero la psiquiatría, si bien continuó considerando el territorio como propio, no pasó de la reclamación declaratoria, incapaz de fundar su derecho sobre un discurso original y convincente.

Seguramente la prueba convalidatoria más dramática y evidente del abandono definitivo de tal reclamación está en el texto introductorio del DSM III R, donde se justifica el supuesto carácter ateorético del Manual en la dificultad que introduciría la carencia de un paradigma etiológico. Ejemplifica con las fobias, señalando que unos creen que se trata de un desplazamiento de la ansiedad resultado de la ruptura de los mecanismos de

defensa, mientras que para otros es una respuesta evitante aprendida frente a una ansiedad condicionada y, finalmente para otros, una desregulación de sistemas biológicos básicos. Pero en cuanto a la neurosis ella queda de hecho eliminada puesto que "Todos los desórdenes que carezcan de etiología conocida o de proceso patofisiológico están agrupados dentro de clases sobre la base de características clínicas compartidas".

Una nosografía multiaxial dilapida sus posibilidades potenciales en tanto no se interesa por lo que sucede en los espacios articulares que se producen entre los ejes. Al reducir el síntoma al signo simplemente para deducir su valor significativo con respecto a un código nosográfico, se evita investigar aquello que se interrumpió o modificó dando lugar al síntoma y a todos los reajustes que esta nueva creación produce. Esta reducción —a la que Atlan llamaría reduccionismo fuerte, en el que se expresa una metafísica— no puede sino clausurar peligrosamente el permanente cuestionamiento de un saber, que para ser conocimiento exige una reflexión acerca de la naturaleza de los procesos que se producen en el interjuego de los niveles de integración del objeto ■

Notas

1. Y agreguemos, sociales. (N. F.)
2. La nosografía cambia cada vez con mayor frecuencia, como consecuencia de una crisis de la clínica que no encuentra las vías de su solución. (N. F.)
3. Como lo señalara P. Marchais, la psiquiatría, aun hoy, como cuando empíricamente iniciara esta tarea hace 200 años, continúa reconociendo las enfermedades mentales por sus aspectos aparentes típicos y atípicos. (N. F.)

Notas bibliográficas

1. Lanteri-Laura G., "La connaissance clinique: histoire et structure en médecine et en psychiatrie". *L'évolution Psychiatrique*. Fasc. 2. 1983.
2. Barthes R., *Sémiologie et Médecine*. R. Bastide; Les Sciences de la folie. Mouton éd. 1972.
3. Foucault M., *Naissance de la clinique*, Paris. PUF. 1972. Citado por Leguil(4)
4. Leguil F., "Sémiologie psychiatrique et linguistique". *Confrontations psychiatriques*. No 19. 1981.
5. Leguil F., *Ibid.*
6. Mounin G., "Sémiologie médicale

et sémiologie linguistique" *Confrontations psychiatriques*. No 19. 1981.

7. Berquez G., "L'illusion phénoménologique et le réel biologique. Essai de Psychiatrie théorique". *L'évolution Psychiatrique*. Fasc. 1. 1986.

8. Atlan H., *A Tort et a Reason*. Ed. du Seuil. 1986.

9. Widlocher, *Confrontations Psychiatriques*. No 24. 1984.

10. "La pensée scientifique Psychiatrie". Coloquio. Introducción. *Le Trimestre Psychanalytique*.

ENTREVISTA AL PROFESOR GUELFI

por Patrick Eche y Dominique Wintrebert

El Profesor Guelfi enseña psiquiatría en Cochin-Ste. Anne, Port Royal, desde 1984. También enseña psicología médica, y es responsable de una certificación de psicofisiología en el marco de las licenciaturas de ciencias biológicas y médicas. Forma asimismo parte de una unidad CNRS con Roland Jouvent, centrada en psicobiología y temperamentos de riesgo.

Vertex: *Quisimos contactarlo Profesor, para tratar con usted la próxima aparición del DSM-IV*.*

Prof. Guelfi: En Estados Unidos se han puesto en venta dos pequeños fascículos sobre el DSM-IV, el primero (1992) sobre los lineamientos generales del DSM-IV: Options Book; el otro sobre los criterios diagnósticos (1993). Estos fascículos fueron la herramienta de trabajo de las comisiones que aún no habían decidido qué hacer. Muchos creyeron que ese pequeño libro azul reunía en efecto los criterios diagnósticos del DSM-IV; sin embargo, luego de su publicación varias comisiones se reunieron para decidir sobre qué se cambiaría y qué quedaría, y es así como algunos puntos fueron modificados. Personalmente, no estoy al corriente de todo puesto que no integro las comisiones, aunque tampoco estoy muy atrasado respecto de la información ya que formo parte del equipo que, teóricamente, se ocupará de la traducción al francés del DSM-IV. Este equipo está en tratativas con la Editorial Masson y conozco los plazos fijados: para abril de 1994 deberíamos presentar las pruebas del libro con los espacios en blanco correspondientes a los puntos aún en suspenso, eso significa que todo puede modificarse hasta último momento. Ahora bien, esto es muy importante ya que hay puntos en discusión, del principio al fin, sobre los trastornos ansiosos, los trastornos depresivos, la esquizofrenia, y los trastornos de la personalidad. Es justamente en estos capítulos que habrá modificaciones, y por ello son los capítulos que provocan conflictos, tensiones, etc. Se trata por ende, de los puntos más interesantes y no los conoceremos hasta último momento.

Vertex: *En los Estados Unidos existe una obligación jurídica de resultados. ¿No influye esto en el*

* Esta entrevista fue realizada unas semanas antes de la aparición del DSM-IV en su versión en inglés.

éxito del DSM-III? Pues finalmente detrás de este modelo de descripción sintomática existen protocolos, tipos de respuesta terapéutica y también calificaciones. Un psicólogo se halla calificado para una terapia familiar, una terapia para la familia del toxicómano, por ejemplo. Se tiene la impresión de que en aquel país se espera una clasificación de este tipo. Por el contrario, en Francia, somos sólo responsables en términos de medios, al menos por ahora.

Prof. Guelfi: Sí, por el momento; pero no podremos evitar la evaluación de los medios y de los resultados. Ahora bien, para evaluar siempre es más seguro utilizar ciertos instrumentos que no utilizar ninguno. No quiere decir que el instrumento es perfecto –soy consciente de las cuestiones subyacentes–, quiere decir que los resultados son más aleatorios si no se utiliza una evaluación. Lo vimos muy bien con el DSM-III a partir de 1980. Fue una revolución. Hubo siempre una gran distancia entre las afirmaciones de los autores –quienes decían haber puesto a disposición de los investigadores un instrumento para su trabajo experimental– y los usuarios. Los usuarios son, evidentemente, los seguros de los laboratorios farmacéuticos.

Algunos docentes comenzaron a enseñar la psiquiatría con los criterios del DSM-III, lo cual me parece peligroso y con lo cual jamás estuve de acuerdo puesto que se puede caer en la ilusión de que se trata de verdadero conocimiento, mientras que nunca fue presentado así por los autores americanos. Por lo tanto, la tarea se torna difícil, pues hay que usar el DSM-III y al mismo tiempo luchar sin descanso.

Vertex: *Antes de pasar a la situación actual, hagamos un poco de historia: usted dijo en un artículo con el Profesor Pichot que el DSM-III era más neo-esquiroliano que neo-kraepeliniano, ¿podría explicarnos este concepto?*

Prof. Guelfi: Lo dije así porque Kraepelin es un

autor que utilizó un modelo médico para la clasificación de las enfermedades mentales, es decir que una enfermedad se define eventualmente por sus síntomas pero, en esencia, por su evolución, su patogenia y su etiología. Por lo tanto, existen enfermedades que se pueden describir por supuesto, a nivel sintomático, a nivel patogénico y, de ser posible, a nivel etiológico; y debemos clasificarlas en función de esto. Mientras que el modelo de Esquirol es de un campo médico mucho menor en la medida en que, al desconfiar enormemente de las teorías, él sostenía que el nivel etiológico y –casi siempre– el nivel patogénico le eran inaccesibles y por ende era preferible limitarse a los hechos observables. A propósito de la manera de observar los síntomas, pronunció una frase famosa que cito, aunque no textualmente: “al privilegiar los hechos observables siempre he desconfiado de las teorías que brillan más por otras cosas que por lo que aportan en realidad”

Es el espíritu mismo del DSM-III: no estamos seguros de que el modelo médico sea perfecto, que esté perfectamente adaptado para la descripción de los trastornos mentales, las enfermedades, salvo casos excepcionales; entonces no hablemos de enfermedades, sino de trastornos, no hablemos de etiología, en la mayoría de los casos, a menos que se trate de una patología cerebral demostrable. Se trata pues de un modelo médico, pero en todos los otros casos se desconoce el nivel etiológico, y el nivel patogénico es, en general, o totalmente desconocido o muy discutido. Existen varias teorías, comportamentales, psicoanalíticas, etc. En realidad no sabemos nada y para avanzar es preferible retroceder, o sea, quedarnos en nuestro modesto nivel, el de la descripción clínica y trabajar a partir de allí. He aquí en qué el modelo es más esquiroliano que kraepeliniano.

Vertex: Entonces, en el fondo, este enfoque puramente descriptivo es lo que reivindica el pretendido ateorismo del DSM-III.

Prof. Guelfi: Así es.

Vertex: Con la condición de ignorar que la ateoría es una teoría que se ignora.

Prof. Guelfi: Exactamente, no es posible. Hubo un gran debate en la literatura norteamericana. No es cierto que el DSM-III sea ateórico, pues limitarse a los hechos observables, es decir a los síntomas manifiestos, es toda una elección, y no precisamente hecha al azar.

El DSM-III es quizás menos ateórico que otras descripciones.

Vertex: Parecería que en la historia de esta clasifi-

cación globalmente norteamericana o anglosajona, hay al menos dos grandes momentos. El primero concierne al imperio desmedido de la esquizofrenia, según el modelo de Kurt Schneider en las primeras y segundas clasificaciones, que pierde terreno al aparecer el DSM-III; luego, un segundo momento, con el lugar cada vez más relevante dado a la depresión, a tal punto que se tiene la impresión de que la depresión tomara el relevo de la esquizofrenia. Y en efecto, habrá que descubrir por qué primero la esquizo-



frenia. Por qué al perder terreno esta última aparece la depresión casi a ocupar su lugar y si esta extraordinaria importancia que tomó la depresión no es el corolario de una clínica muy ligada a los laboratorios farmacéuticos. Dicho de otro modo, las respuestas posibles, medicamentosas, comportamentales, u otras, ¿no seleccionan ellas mismas a los trastornos? ¿El recorte en el continuum de los trastornos no está ligado a las respuestas?

Prof. Guelfi: Es verdad, pero la causa de esta evolución no me parece ligada a la industria farmacéutica. Una de las consecuencias de esta evolución repercu-

te en dicha industria que puede aprovechar el nuevo recorte para desarrollar nuevas moléculas; pero no podemos decir, no lo sabemos, que las nuevas orientaciones sean dictadas por la industria farmacéutica.

Ustedes tienen razón, la importancia dada a la esquizofrenia y la frecuencia de sus trastornos ha disminuido notablemente y el DSM-III ha dificultado más los diagnósticos de esquizofrenia que el DSM-II, en forma totalmente deliberada. Las reacciones patológicas y psicóticas habían gozado de cierta popularidad en los Estados Unidos, ya que el concepto de reacción estaba de moda en los momentos de las versiones anteriores, DSM-I y DSM-II, en la línea de Adolphe Meyer y de su concepto de reacción. Se trataba allí de una teoría patogénica.

El concepto de reacción esquizofrénica invadía la psicopatía norteamericana. El DSM-III puso un freno a esta situación porque no había en absoluto etiopatogenia. Eventualmente, si había reacción ante algo esto estaba previsto en otro eje distinto al sintomático.

En cuanto a la esquizofrenia, eran necesarios síntomas lo suficientemente específicos y prolongados; una breve reacción no era ya considerada como esquizofrenia. Así pues, el diagnóstico de esquizofrenia se explica más como una reacción frente a un exceso, contra una invasión de un modelo etiopatogénico, que como una concepción particular de la esquizofrenia. Por el contrario, respecto de la depresión, en Inglaterra por ejemplo, los pacientes tienen la fortuna de ser considerados más como deprimidos que como esquizofrénicos, según las estadísticas comparativas en la población de los hospitales psiquiátricos. En mi opinión, el DSM-III se acercó un poco a la concepción de los ingleses.

Lo que aprecio mucho en los ejemplos que ustedes toman, es la noción de *continuum* del tipo ansiedad-depresión, y la noción de especificidad de estos síntomas. Se trata de síntomas psicopatológicos sumamente frecuentes, banales, muy poco específicos y que se observan en todas las patologías. La ansiedad es muy frecuente, así como la sintomatología depresiva, que aparece eventualmente como complicación o luego de un trastorno ansioso, concomitante, pues no estamos seguros de que se trate de una complicación. Esta reflexión es un poco jacksoniana, ya que cuando uno asciende, se encuentran síntomas cada vez más escasos y más específicos de trastornos particulares. Entonces, al restringir las posibilidades de hacer un diagnóstico de trastornos verdaderamente específicos, es seguro que se aumenta la posibilidad de hacer diagnósticos para trastornos menos específicos. Los trastornos ansiosos y depresivos son mucho menos específicos que aquellos esquizo-

frénicos y por ello nos encontramos con gran cantidad de los primeros. Por lo tanto, en cuanto al tratamiento de los trastornos depresivos, es algo muy distinto que la industria haya utilizado los criterios de los diversos episodios depresivos, mayores, primarios, crónicos, etc, para desarrollar los medicamentos indicados para estos trastornos, tan frecuentes.

Vertex: Pasemos ahora a aquellos aspectos de la clínica clásica que reaparecen en el DSM-III luego de haber estado ausentes en las dos primeras versiones: en particular las bouffées delirantes, la parafrenia y el síndrome de Clérambault. ¿Se debe esto a la crítica francesa sobre la desaparición de estos aspectos, o se trata de temas de investigación, como en la CIE10, donde aparecen síndromes?

Prof. Guelfi: ¿Su pregunta es cómo explico yo el hecho de que un síndrome que había prácticamente desaparecido reaparezca ahora aceptado por los norteamericanos? Cuando se pregunta cuáles son las manifestaciones clínicas más pertinentes y sobre las que los clínicos pueden ponerse más fácilmente de acuerdo para elaborar criterios diagnósticos de esquizofrenia, uno se inclina inevitablemente hacia los síntomas descritos por Kurt Schneider. Aún no se los llamaba criterios, pero no estábamos lejos pues los signos de primer y segundo orden podían ser considerados como los criterios fundamentales y accesorios. Son entidades clínicas definidas de forma muy precisa para que la mayoría se ponga de acuerdo sobre ellas. Es pues de esperar una buena interfiabilidad y así fue como fuimos a buscar, en materia de criterios diagnósticos, descripciones de criterios clínicos lo menos ambiguas, más claras y menos discutibles posibles. Encontramos a Clérambault, a Kurt Schneider, y aunque los norteamericanos nunca lo hicieron, me gustaría que citaran sus fuentes. El nombre de Clérambault no figura en el DSM; pero se reconocen claramente los criterios escogidos.

Vertex: Cómo consideran los norteamericanos a las bouffées delirantes?

Prof. Guelfi: Si bien esto no existe, los pacientes sí, pero antes eran todos clasificados en la categoría 13. Hoy en día, hay psicosis agudas, más o menos breves, más o menos prolongadas, se las encuentra allí y de pronto uno se dice: ¡vaya! no está lejos de lo que los europeos habían descrito, pero no se trataba de una verdadera pérdida ni de un verdadero descubrimiento.

Vertex: Vinieron a reemplazar a las reacciones...

Prof. Guelfi: Así es.

Vertex: *¿Y la parafrenia, aislada de la esquizofrenia en la clínica francesa?*

Prof. Guelfi: En cuanto a los delirios crónicos, no sé qué será de ellos en el DSM-IV. En todo caso, los delirios paranoicos están clasificados aparte y la discusión acerca de la dependencia de la psicosis alucinatoria crónica respecto de la esquizofrenia permanece abierta. Es un tema de discusión actual para los norteamericanos, mientras que antes para ellos se trataba sin duda alguna de esquizofrenias. Han aceptado, en todo caso a título de hipótesis, que en el plano de la evolución, del pronóstico, y quizás de una reactividad terapéutica, estos casos pueden ser clasificados aparte.

Vertex: *Estos pacientes conservan algo del lazo social...*

Prof. Guelfi: En efecto, hay particularidades y el tratamiento óptimo puede no ser el mismo; por ende, merece clasificárselo aparte aunque no sepamos en absoluto de qué se trata. Creo que ese es el razonamiento.

Vertex: *Pasemos ahora al marco estructural de las neurosis. ¿El estallido total del marco estructural de las neurosis está señalando el colapso de las teorías freudianas?*

Prof. Guelfi: Por un lado hay un colapso de la teoría freudiana en tanto práctica terapéutica dadas la insuficiencia e inconsistencia de los resultados. Por el otro, la teoría freudiana desaparece en el DSM-III. A partir del momento en el que se dice vamos a hacer un libro lo menos teórico posible, no se puede retener el psicoanálisis como modelo de pretensión no etiológica sino patogénica. Se trata de una gran teoría general sobre la patogenia de los trastornos mentales. En la medida en que se quiere hacer una clasificación que no sea prisionera de teorías patogénicas diversas, se deja lo más posible entre paréntesis la teoría psicoanalítica. Esto no quiere decir que sea falso, quiere decir que el objetivo del DSM no es ése. Es por ello que da la impresión de que en este libro hay un colapso de la teoría freudiana, pero en realidad no es así. En efecto, como todo el mundo sabe, hay personas que trabajan en el interior del DSM-III y IV que siguen militando para que uno de los ejes de registro de los signos o de las manifestaciones clínicas sea un eje de los mecanismos de defensa del Yo; la mitad de estas personas son comportamentalistas y la otra mitad, psicoanalistas.

Vertex: *Entremos un poco en detalle. ¿Cuál es su opinión sobre el término disociación que se utiliza para la histeria?*

Prof. Guelfi: Personalmente, lo encuentro un tanto

molesto, porque yo pasé toda mi vida aprendiendo que la disociación era la esquizofrenia. Con todo, si acepto ver modificado el sentido de este término en función de lo que quiere decir en la terminología norteamericana, evoca para mí a Janet, quien habló de este fenómeno para la histeria. Yo no he sido particularmente marcado por Janet, lo he sido mucho más por la disociación esquizofrénica.

Vertex: *Es verdad, si retomamos una de las avanzadas de la clínica norteamericana, la que llamamos trastornos de personalidades múltiples, tenemos la sensación de que se trata en ese caso de una histeria prefreudiana, Janetiana.*

Prof. Guelfi: Estoy totalmente de acuerdo con ustedes y agregaría además que casos de personalidades múltiples aquí, en Francia, los hay muy pocos, mientras que en los Estados Unidos existe una gran cantidad de trabajos sobre estas personalidades.

Vertex: *Esto nos da una idea sobre la plasticidad de la histeria.*

Prof. Guelfi: En Francia es completamente recepcional.

Vertex: *Nuestra próxima pregunta atañe a las derivaciones actuales de la clínica norteamericana. ¿Qué se gana llamando a un ataque de pánico, histeria de angustia; qué se gana llamando trastornos obsesivos compulsivos a una neurosis obsesiva; qué se gana llamando trastornos de la personalidad múltiples a una histeria?*

Prof. Guelfi: ¿Qué se gana tratando de poner en ejes diferentes, por un lado síntomas y por otro rasgos de personalidad, que además ya no llamamos histeria sino personalidad histriónica? Se gana reducir un riesgo que antes existía. Por ejemplo, cuando alguien expresaba un síndrome depresivo con una gran teatralización y se decía que era una histeria, teníamos inmediatamente que vérnosla con el concepto patogénico de la histeria y al síntoma depresivo finalmente no se lo podía ver como tal porque estábamos marcados con la idea de histeria. Es por ello que puede resultar interesante y conveniente registrar los síntomas por un lado y luego, de manera independiente, los síntomas que tienen que ver con la personalidad o con ciertos mecanismos de defensa —si se los quiere utilizar—, pero nunca ponerlos en un único eje. Lo mismo ocurre con el trastorno obsesivo. La experiencia muestra que hay trastornos de tipo obsesivo en muchos contextos diferentes, contextos depresivos, contextos que están en un *continuum* de la personalidad, pero que no son constantes, contextos de patología orgánica cerebral cada

vez más frecuentes, Antes, en cambio, cuando se veía un trastorno obsesivo, teníamos el esquema neurosis obsesiva, la teoría patogénica antigua y a menudo no se salía de allí, cuando en realidad los trastornos obsesivos se ven en muchos contextos verdaderamente muy diferentes.

Así pues, se gana un poco haciendo esta separación; es un mínimo compromiso con el hecho de que pensamos haberlo comprendido todo.

¿Cuál era el primer ejemplo?

Vertex: El ataque de pánico versus la histeria de angustia.

Prof. Guelfi: Para Freud, la histeria de angustia es un trastorno con una patogenia bien determinada. La experiencia muestra que lo que los norteamericanos llaman hoy ataques de pánico, es decir uno de los aspectos clínicos de las crisis de angustia aguda, es algo muy particular y puede encontrarse aún como síntoma en contextos psicopatológicos variados.

Vertex: No es patognomónico.

Prof. Guelfi: En absoluto.

Vertex: Entonces, finalmente, lo que ellos llaman en la actualidad síndrome de fatiga crónica, ¿no podemos asociarlo a la neurastenia?

Prof. Guelfi: Es verdad, cuando uno lee este síndrome y ve que la neurastenia reaparece en la CIE10, uno tiene la impresión de que se corresponden, que es algo que se ve a menudo.

Vertex: Volvemos a encontrar a Janet y sus niveles de disolución de la conciencia, la pérdida específica de los signos que conduce a una clínica bastardeada.

Prof. Guelfi: Así es.

Vertex: ¿Cuál es para usted, el futuro de la aparición de una nosografía original de los estados ansiosos?

Prof. Guelfi: El DSM-III no es una nosografía, sino una clasificación. La nosografía es la clasificación metódica de los trastornos, pero no hay ningún método; de hecho es una clasificación que no posee una coherencia de conjunto, por lo tanto es una clasificación de los trastornos mentales que no puede llegar al status de nosografía. No se trata de una clasificación de enfermos, sino de trastornos. Si transformo la pregunta de ustedes será: ¿cuál es el futuro de la clasificación de los trastornos ansiosos?

En primer lugar existe la concepción inglesa que es dominante en la CIE10 y que no es la de los norteamericanos. En la clasificación inglesa, el trastorno inicial es el trastorno fóbico y en el transcurso de una fobia puede haber ataques de angustia, de ansiedad aguda paroxística más o menos prolongados, etc. Luego, hay pacientes que se caracterizan por tener sólo estados agudos ansiosos, y otros que tienen ansiedad crónica etc. Mientras que para los norteamericanos el trastorno inicial ansioso es el ataque de pánico que, de vez en cuando, puede complicarse con fobia. Vemos por lo tanto que la relación entre pánico y fobia y agorafobia está invertida entre los Estados Unidos y los ingleses, y si bien no podemos saber qué ocurrirá al respecto en el DSM-IV, sí constatamos que la CIE10 no ha seguido la posición norteamericana.

El otro punto importante sobre los trastornos ansiosos es el trastorno obsesivo que forma parte de los primeros pero que, en mi opinión, no lo será por mucho tiempo. Hay cada vez más argumentos para hacer del trastorno obsesivo una categoría aparte. Cada vez más argumentos apuntan a decir que hoy en día encontramos las patologías cerebrales orgánicas en el transcurso del trastorno obsesivo y así pues, creo que llegará el día en que el trastorno obsesivo salga de la categoría de los trastornos ansiosos.

Vertex: Pasemos ahora a una especificidad de la clínica francesa: las monomanías. Se relaciona con el fenómeno tan actual de los "serial killers". Pone sobre el tapete la cuestión crucial de la validez de una clínica fundada en el comportamiento para establecer un pronóstico, particularmente a nivel de los comportamientos sexuales.

Prof. Guelfi: A propósito de los trastornos sexuales, podemos dar este ejemplo como caso donde hay una teoría subyacente en el DSM-III, porque tenemos en verdad la impresión de que todo está hecho para realizar una clasificación en función de la reactividad terapéutica a tal o cual tipo de enfoque comportamental. En cuanto a los "serial killers", no podría hacer comentarios porque ignoro de qué se trata esta patología. No sé si hay colegas nacionales expertos que sepan mucho acerca de este tema. El vacío al respecto me asombra. Me sorprende la frecuencia con la que expertos psiquiatras no pueden decir nada interesante, silencio por otro lado insostenible para las víctimas, para los magistrados, que en esos momentos tratan de explicarse el hecho diciendo: tiene que haber una explicación para esta monstruosidad, si no la encuentran es porque son malos expertos. Quizás nos alejemos un poco de nuestro tema pero tengo la impresión de que se di-

* Clasificación Internacional de Enfermedades 10OMS.

cen a menudo tantas banalidades acerca de esto: el gran perverso que masacró... El juicio recae sobre los psiquiatras y se condena a la psiquiatría, oímos comentarios del tipo: los psiquiatras fracasaron, no pudieron averiguar nada... esto es porque no sabemos.

Vertex: Así y todo, sabemos que un perverso va a reincidir.

Prof. Guelfi: Una buena comprensión es, ante todo, una predicción del pronóstico. Existe una divergencia bastante importante porque el concepto de perverso o de comportamiento perverso no es lo suficientemente claro. Hay también diferencias entre los grandes expertos, respecto de la descripción y de la comprensión psicopatológica. Personalmente, yo no utilizo jamás la clasificación de los trastornos sexuales del DSM-III.

Vertex: Una última pregunta para terminar con esta parte. Se trata del "Praecox gefuhl", considerado por algunos como el segundo indicador más confiable en la esquizofrenia y que lanza el interrogante, fundamental en el fondo, de la observación participante. ¿En qué medida el DSM-III y su próxima versión, el DSM-IV toman en cuenta este aspecto?

Prof. Guelfi: Pienso que este aspecto no va a ser tomado en cuenta porque en materia de criterios diagnósticos hay que distinguir claramente entre los criterios que tienen una pertinencia clínica y aquellos que han servido para hacer el diagnóstico, que uno elige deliberadamente como los criterios sobre los cuales la mayoría de los psiquiatras deben ponerse de acuerdo; es decir que se busca ese famoso lenguaje común eligiendo criterios que van a tener una interfiabilidad suficiente. La experiencia ha demostrado que el *praecox gefuhl* no era muy satisfactorio para obtener una buena interfiabilidad, lo cual no quiere decir que no tenga una pertinencia o no sea interesante.

Vertex: Sólo selecciona a los mejores psiquiatras.

Prof. Guelfi: Puede ser. Al querer privilegiar a toda costa la interfiabilidad, se llega a seleccionar criterios que no son quizás los más apasionantes o los más finos, estoy de acuerdo en ello, y hay que conservar esta distinción entre los criterios que sirven para hacer un diagnóstico para todo el mundo y los que tienen a todas luces un interés. No hay que permitir que la utilización de los primeros para diversos objetivos haga desaparecer a los segundos que poseen un interés. Retirar la mano tendida, y aún más, la reserva de ciertos esquizofrénicos, ciertas miradas, tienen para nosotros un enorme valor diagnóstico. La experiencia muestra que si ponemos esto por escrito para

hacer de ello un criterio diagnóstico, el resultado es catastrófico.

Vertex: Esto tiene que ver con nuestra última pregunta de esta parte: ¿la "Check list" estandarizada no lleva a que un simple técnico con una computadora pueda proceder a hacer la entrevista?

Prof. Guelfi: Es un riesgo. Pero los autores del DSM-III no pretendían eso. Creo que con esta pregunta volvemos al problema del conocimiento en psiquia-



tría. La utilización de estos criterios diagnósticos, que son los más prácticos para ponerse de acuerdo sobre la presentación de un cierto número de cosas, no representa el conocimiento en psiquiatría, y para poder llenar correctamente incluso los criterios diagnósticos más elementales y groseros, hay que contar con una formación teórico-práctica tal como se dice en el DSM-III.

Ahora bien, la experiencia prueba que hoy en día hay personas formadas únicamente en criterios diagnósticos del tipo DSM-III que llegan a diagnósticos o a ausencia de los mismos sin la formación paralela indispensable. Este es un riesgo de utilización perversa del sistema. Como se sabe, existen ahora cuestionarios que no necesitan de una formación previa. No sólo en el DSM-III, también en la CIE 10. Hay un cuestionario que permite hacer diagnósticos, el CID-I, para ser llenado por encuestadores que no tienen

formación psiquiátrica lo cual lo hace muy largo pues se pasa revista a toda la psicopatología de manera sumamente estructurada. Se llena el cuestionario y luego, al final, se llega a tal o cual diagnóstico de la CIE10. No digo que esta manera de proceder no sea interesante, pero presenta también grandes inconvenientes. Cuando se deja el juicio del experto psiquiatra entre paréntesis y se le da una validez total a las declaraciones del paciente y a las afirmaciones del encuestador no formado, en ese momento se corre el riesgo de tener divergencias de apreciación considerables en el diagnóstico de los pacientes. Si consideramos que el CIDI es la verdad, estamos perdidos. Si consideramos que el CIDI como instrumento experimental puede tener un cierto interés en los estudios de psicología, es entonces una herramienta peligrosa si se la utiliza mal.

Vertex: *Esto nos lleva a un tema que no hemos abordado; el CIDI es mucho más utilizado en encuestas de población general. ¿La epidemiología puede validar una clasificación?*

Prof. Guelfi: Sí. En mi opinión, la epidemiología debe poder ayudar a una mejor delimitación de los modelos clínicos. La antigua epidemiología, sin instrumentos de evaluación de buen rendimiento no aportó gran cosa. La epidemiología moderna aporta cosas, el riesgo es que seamos completamente desbordados, como lo estamos ahora con las co-ocurrencias de síntomas. En el punto en que nos encontramos no tenemos ningún conocimiento suplementario, simplemente sentimos que nos ahogamos bajo una lluvia de datos. Todo será co-asociado, pero puede no ser más que un estadio. El progreso llegará a través de una epidemiología que siga las manifestaciones psicopatológicas en una vida para intentar comprender mejor su evolución, estructura, determinismo fenomenal, etcétera.

Por ende, la epidemiología no es estática. Antes era mala, casi inexistente. Ahora utiliza todos los instrumentos que se le ofrecen, con todos los riesgos de exceso y error. Sin duda llegaremos a superar esto y a dominar mejor el problema de las co-ambigüedades, a rehacer las observaciones longitudinales en las que estos instrumentos serían razonablemente utilizados. Entonces sí asistiremos a un verdadero progreso, sobre todo si con esto tenemos criterios exteriores al sistema que nos sean de verdadera utilidad,

que nos hagan avanzar. Si sólo contamos con la clínica clásica y la epidemiología moderna, corremos el riesgo de no hacer progresos determinantes porque nos faltaría algo, nos falta una clave, cerebral, genética, cromosómica, etc.; es más complicado que esto pero hay sin duda claves que nos permitirán avanzar realmente. DSM-III y CIE10 no constituyen un verdadero progreso del conocimiento, pero pueden ser un progreso acerca de los medios que tenemos para registrar los datos.

Vertex: *¿Hay lucha de influencias o colaboración?*

Prof. Guelfi: Hay una comisión encargada de homogeneizar DSM-IV y CIE10, y como la CIE10 fue hecha bajo una neta influencia inglesa, hay en esta comisión un intercambio entre ingleses y norteamericanos ya que los europeos no ingleses no están representados. La CIE10 es así y todo de inspiración muy inglesa, y las ideas francesas no están particularmente bien representadas en la CIE10. No es que yo considere que el manual es malo, considero que sobre ciertos puntos es mejor que el DSM-III-R revisado. En cuanto al DSM-IV, no podría decir si lo prefiero, no tengo datos suficientes como para saber hoy lo que será el DSM-IV.

Vertex: *¿Piensa que estas clasificaciones van a terminar por ser congruentes?*

Prof. Guelfi: Sí.

Vertex: *Entonces ¿cada una va a ceder terreno para que se puedan utilizar una o la otra?*

Prof. Guelfi: Los puntos que todavía originaban las divergencias eran el pánico y la relación pánico fobia. Los norteamericanos están evidentemente dominados en este punto por Donaldson y su escuela. En cuanto a la depresión, resta por definir la importancia que se debe acordar a los trastornos menores ansiosos y depresivos, si hay que reconocerlos o no, las ventajas, los inconvenientes. En un determinado momento, los norteamericanos eran partidarios de no aislar estos trastornos, mientras que sí lo están en la CIE10. Creo que van a ponerlos en la categoría de trastornos menores ansiosos y depresivos pero el gran argumento de los norteamericanos es que se corre el riesgo de hacer un diagnóstico muy poco específico de manera demasiado importante ■

PSICOSIS ATÍPICAS

Darío Raúl Rojas

*Médico psiquiatra. Hospital Municipal
"Braulio Moyano".
Brandsen 2570, Buenos Aires*

La psiquiatría actual es, nosológicamente, kraepeliniana. Muestra de ellos es el DSM III-R de la American Psychiatric Association y otros sistemas operacionales de diagnóstico, y la negligencia de los docentes en enseñar la totalidad de opiniones al respecto. Esta carencia toma características de gravedad cuando reparamos en que lo que aquí llamamos atípico es lo de más frecuente manifestación.

Se puede hablar de atipia de las psicosis endógenas según dos criterios totalmente distintos. En uno, como señala H. J. Weitbrecht(16), y es lo generalmente aceptado, serían aquellas psicosis no encuadrables dentro de los grupos nosológicos kraepelinianos: "se entiende por típica en la psiquiatría clásica, alemana y extranjera, en tanto que estrictamente kraepeliniana, que las psicosis endógenas han de pertenecer a la locura maniaco-depresiva o a la esquizofrenia. Esto, naturalmente, es un hipótesis". Pero con un criterio clínico, por otra parte, puede considerarse que son atípicos aquellos síndromes que desbordan sus límites por contaminación con complejos sintomáticos emparentados y aquellos que surgen de dos formas combinadas.

La guerra franco-prusiana fue uno de los resultados de la conjunción en centroeuropa de grandes personalidades políticas y científicas. La capitulación de París a fines de enero de 1871 coincide con el fin del apogeo psiquiátrico francés y el surgimiento de las grandes figuras germanas de la psiquiatría. El mismo año se recibe la publicación de la descripción que Hecker hace, guiado por

la mano de Kahlbaum, de la hebefrenia. En 1874 Kahlbaum mismo publica "Die Katatonie oder das Spannungsirresein" y aparece "Der Aphasische Symptomencomplex" de Wernicke. Sería este último quien se convertiría en el gran opositor de Kraepelin. La primera edición del tratado kraepeliniano (1883) fue incentivada por Wundt. Wernicke, en cambio, recibe su tradición de la anatomía y la patología cerebral de Meynert. Fue Teodoro Meynert quien aisló con el nombre de amencia (1890), una enfermedad que a decir de B. Pauleikhoft(12) es "ejemplo clásico de las así denominadas psicosis atípicas", designando así a los cuadros situados entre los dos grupos kraepelinianos "y que no pueden ser incluidos, sin forzar, en uno de ellos.

E. Kraepelin(4) delimitó las enfermedades mentales de acuerdo a sus posibles causas, a su evolución y desenlace, considerando que el cuadro sintomatológico debía ser característico para cada entidad, en el convencimiento de que cada unidad nosológica se debía a un proceso patológico diferente. Frente a estas enfermedades, las psicosis de Wernicke aparecen sólo como agrupaciones de signos y síntomas (síndromes), diferenciando la coincidencia de diferentes síntomas de la ligazón habitual de grupos de síntomas, que se repiten siempre en la misma forma y poseen leyes de evolución propias. De esta manera el síndrome depende casualmente del mecanismo afectado y no de una etiología particular. En sus últimos años(6), Kraepelin reconoce que el mismo cuadro sintomático puede aparecer en enfermedades

completamente distintas, pero esta publicación ha sido de escasa difusión y reconocimiento, y su sistemática ha perdurado hasta nuestros días*.

La amencia de Meynert(10, 11, 14) abarca un conjunto de síndromes que recibieron distintas designaciones (delirio agudo, delirio general, manía, delirio furioso, melancolía con excitación, melancolía con estupor), en los que el denominador común es la presentación de fenómenos de desintegración (Zerfall) junto a fenómenos de "irritación"; "debilidad irritable localizada" según la interpretación fisiopatológica de Meynert, presentando como forma típica de iniciación de una amencia compuesta a la confusión alucinatoria que puede tomar luego en su curso una forma maniaca o una forma estuporosa. Pero "el síntoma general distintivo no es un síntoma irritativo, que puede ciertamente faltar en el estupor, sino que está representado por el fenómeno efectivo de desintegración psíquica, la cual sin embargo veremos que es a un tiempo la condición fundamental de los síntomas irritativos" (el déficit cortical disminuiría la inhibición sobre centros subcorticales favoreciendo la aparición de alucinaciones). No es una demencia "porque en su estado florido representa una alteración psíquica mayor que la observada en la demencia, y esta intensidad del estado está bien expresada con la palabra Amentia (defecto de la mente, no debilidad de la mente)".

* N. de la R.: Ver esta referencia en este número en la sección El Rescate y la memoria.

La confusión (*Verwirrtheit*) se constituye por "una reducción gradual, total o parcial, del acto de asociación, de coordinación de las imágenes corticales, de formación de los pensamientos". Meynert distingue una forma idiopática ("por causas psíquicas") de una sintomática ("amencia febril, en la epilepsia, en la histeria, por intoxicaciones y bacilares"), diferenciándolas de la melancolía, la manía y la paranoia. También señala las distintas formas clínicas: "A pesar de la anunciada íntima unidad de la amencia, la cual por sus caracteres típicos demuestra ampliamente la esencialidad de una forma morbosa, cada uno de los casos ofrece diferencias y analogías, las cuales bajo la apariencia de fáciles pasajes, consienten el establecimiento, no sin razón, de las siguientes notables formas especiales, que facilitan al médico la interpretación de lo que observa. El admitir estas formas no conduce sino a un análisis de la amencia compuesta, que puede resumirse en la legítima sucesión de confusión con alucinaciones e ilusiones, de estupor simple o mixto a manía primitiva o secundaria, o de manía que se desarrolla desde el primer estadio, o más raramente del estupor. Estas formas son las siguientes:

1. Confusión compuesta;
2. Confusión alucinatoria o ilusoria durante toda la duración de la enfermedad;
3. Confusión con depresión por sensación de angustia;
4. Confusión vivaz excitada por disposición maniaca;
5. Confusión que pasa rápidamente al estupor".

Con el advenimiento de Kraepelin la gran expansión de sus entidades nosológicas no sólo desdiferencia estos cuadros, también remite al dominio de la locura maniaco-depresiva la manía y la melancolía aisladas(7). Das manisch-depressive Irresein, wie es in diesem Abschnitte geschildert werden soll, umfasst einerseits das ganze Gebiet des sogenannten periodischen und zirkulären Irreseins, andererseits die einfache



Manie, den grössten Teil der als "Melancholie" bezeichneten krankheitsbilder und auch eine nicht unerhebliche Anzahl von Amentiafällen". (La locura maniaco-depresiva, como será descrita en esta sección, incluye por un lado todo el territorio de las así llamadas locuras periódicas y circulares, por otro lado la manía simple, la gran parte de los cuadros morbosos designados como melancolía y también un considerable número de casos de amencia).

Y agrega más adelante: "Andererseits aber sehen wir bei dem gleichen Kranken nicht nur Manie und Melancholie, sondern auch Zustände tiefster Verworrenheit und Ratlosigkeit, ausgeprägte Wahnbildungen und endlich leichteste Stimmungsschwankungen miteinander wechseln". (Por otro lado nosotros vemos en el mismo enfermo no sólo manía y melancolía sino también estados de profundísima confusión y perplejidad, pronunciadas formacio-

Cuadro 1
Fasofrenias

<i>Psicosis tímicas</i>	
Melancolía	Formas puras
Melancolía angustiosa	
Manía	
Enfermedad del ánimo maniaco-depresiva	Forma polimorfa
<i>Psicosis afectivas</i>	
Psicosis de angustia agitada	Formas puras
Depresión de angustia estuporosa	
Psicosis de angustia agitada-estuporosa	Forma polimorfa
<i>Psicosis delirantes afectivas</i>	
Psicosis angustiosa de relación	Formas puras
Alucinosis angustiosa	
Psicosis perpleja de significación	
Psicosis de extrañamiento	
Psicosis extásica de inspiración	
Confabulosis expansiva	
Psicosis delirante angustiosa-extásica	Forma polimorfa
<i>Psicosis hipocondríacas</i>	
Depresión hipocondríaca	Formas puras
Excitación hipocondríaca	
<i>Psicosis amenciales</i>	
Psicosis confusional excitado-estuporosa	Formas polimorfos
Psicosis de la motilidad hipercinética-acinética	
Psicosis marginales a la epilepsia	
<i>Psicosis de la conciencia</i>	
Epilepsia con estados crepusculares convulsivos	
Estado crepuscular episódico	
Estado de sueño episódico	
<i>Psicosis de la voluntad</i>	
Distimia episódica impulsiva	
Psicosis compulsiva	

nes delirantes y finalmente las más suaves fluctuaciones tímicas cambiándose una con otra).

Mucho más difícil de circunscribir aún es la esquizofrenia, cuyos cuadros clínicos presentan más diferencias que analogías, sobre todo en sus episodios agudos. Ni las alucinaciones ni el delirio, por ejemplo, están reservados a ella. En opinión de G. E. Störing (15): "la mayor parte de lo que antes se llamaba amencia es únicamente una forma del curso de la esquizofrenia y no son tan frecuentes las psicosis sintomáticas del carácter de la amencia". De esta situación dijo Hoche: "se trataba en vano de aclarar un líquido turbio cambiándolo de uno a otro recipiente".

Por un otro camino, verdadera bifurcación de la nosología, Wernicke y sus sucesores, nos llevan a una clasificación de los cuadros que estamos tratando, requiriendo especialmente como rasgo típico de la esquizofrenia su incurabilidad. En 1920, P. Schröder (13) retoma el estudio del grupo de psicosis que Magnan y sus seguidores consideraron como trastornos mentales agudos de los degenerados y que habían quedado comprimidos bajo el influjo de la doctrina kraepeliniana, reducidos en los conceptos de psicosis carcelaria, de una mermada psicosis histérica y de los mejor conocidos estados permanentes de anomalías caracteriales de los degenerados (*moral insanity*, pseudología fan-

tástica, representaciones compulsivas, perversidades, etc.). Muchos de estos cuadros formaban parte de la llamada locura degenerativa. Schröder usa este término en un sentido mucho más amplio, como un trastorno psicótico de fisonomía aguda y sin ocuparse de la descripción de los estados permanentes. "El pronóstico, a juzgar por cada caso individual, es benigno; allí yace en esencia el concepto de enfermedad en la psicosis de degeneración". Atiende así, a los síntomas que usualmente se consideran índice de malignidad y que, al presentarse en cuadros que no llevan a ese final, logran que éstos se confundan con aquellos que evolucionan realmente hacia algún tipo de "demencia". "En especial uno no puede dejarse engañar a través de la presentación de rasgos, que considerábamos antiguamente como indicación de un pronóstico desfavorable (de una Dementia praecox u otra psicosis crónica progresiva, por ejemplo), como: sensaciones viscerales, delirio de relación somatopsíquico, risa estúpida, mutismo, el desnudarse y el onanismo desenfrenados, fonemas imperativos, datos sobre transmisión de pensamientos y semejantes, el untarse con suciedad y barro. En la sobreestimación de éstos, tanto como de las variadas manifestaciones sintomáticas de la catonía o de la hebefrenia, se basan probablemente una gran parte de las sorprendentes curaciones de las psicosis agudas juzgadas con un pronóstico desfavorable". Ordena la locura degenerativa dividiéndola en los estados permanentes y las psicosis agudas; a estas últimas pertenecerían las psicosis histéricas, las psicosis maniaco-depresivas y un "resto" conformado por las psicosis de degeneración.

K. Kleist continúa estas investigaciones aunque alzando una objeción ya suministrada en parte por Schröder(5). "Entonces también las enfermedades típicas, la locura maniaco-depresiva, la histeria, la paranoia y la epilepsia, son psicosis de degeneración, también igualmente la esquizofrenia, ya

Cuadro 2

Psicosis fásicas

Formas puras de las psicosis endógenas

Melancolía pura

Manía pura

Depresiones puras

Depresión agitada

Depresión Hipocondríaca

Depresión autotorturada

Depresión recelosa

Depresión pobre en participación

Euforias puras

Euforia improductiva

Euforia hipocondríaca

Euforia exaltada

Euforia confabulatoria

Euforia pobre en participación

Formas polimorfas de las psicosis endógenas

Enfermedad maníaco-depresiva

Psicosis cicloides

Psicosis de angustia-felicidad

Psicosis confusional excitada-inhibida

Psicosis de la motilidad hipercinética-acinética

Esquizofrenias no sistemáticas

Catatonía periódica

Parafrenia afectiva

Catafasia (Esquizofasia)

que también en ella su fondo anormal resulta de una predisposición hereditaria transferible". "Muchas de las enfermedades atípicas poseen un parentesco con esta o aquella psicosis típica, resultando su concordancia de manifestaciones parciales de la psicosis, de su fondo constitucional o de afinidad hereditaria". Kleist las nombra en varias oportunidades como psicosis no comunes (ungewöhnlichen Psychosen), pero creo que no debe tomarse el término aquí bajo el concepto de frecuencia, sino de no pertenencia a los grupos de diagnóstico habitual. Estas enfermedades "se muestran en parte como psicosis adicionales (Nebenpsychosen) o psicosis marginales (Randpsychosen)" de una psicosis principal (Nauptpsychose). "No debe olvidarse que la anexión de los casos de una enfermedad atípica a una psicosis principal sólo está descrita según un fundamento histórico y práctico, para llegar a un ordenamiento provisional de este territorio. No hay ningún camino convenido que obligue a mantener una relación de parentesco entre

una psicosis no común y una de las grandes formas". De esta forma describe "psicosis constitucionales autóctonas", en oposición a las enfermedades reactivas aun de fondo constitucional (histeria), y sin olvidar el concepto de labilidad endógena que da a estas enfermedades la posibilidad de manifestarse no solo espontáneamente, sino también bajo determinadas circunstancias. De este modo he tenido oportunidad de observar una psicosis confusional excitada (Erregt Verwirrtheitspsychose) en una paciente con una metástasis carcinomatosa cerebral y donde lo único agregado al cuadro clínico fue un episodio de microopsias que hizo sospechar una noxa de origen exógeno.

Más adelante, Kleist abandona el concepto de psicosis marginal para las formas cicloides de la locura maníaco-depresiva y las formas paranoides, englobando a todas ellas con el término *fasofrenias*, enfermedades fásicas y de pronóstico benigno incluyendo las formas típicas en un horizonte de igual valor con las formas atípicas. El último esquema nosoló-

gico presentado por este autor(8) sería entonces el del Cuadro 1.

Dentro de los grupos y formas que describe en las esquizofrenias encuentra atipias en el sentido del segundo criterio, señalado al inicio de este trabajo, por combinación o extensión de las formas. Revela la catatonía iterativa como forma extensiva de los síndromes psicomotores, las psicosis progresivas de relación y significación junto a la psicosis progresiva delirante circunscripta entre las formas delirantes (parafrénicas), en tanto las esquizofrenias confusas tienden a extenderse entre sí (formas incoherente y paralógica y la esquizofasia de Kraepelin).

Por su parte, K. Leonhard había llegado a una clasificación de los estados defectuales esquizofrénicos similar a la de Kleist, convirtiéndose luego en su colaborador. La nosología Leonhardiana es quizás más armónica y sin duda más didáctica, basándose en criterios teóricos más que en la mera descripción, para plantear la existencia de los cuadros morbosos y su taxonomía. Entre las psicosis fásicas benignas y las esquizofrenias, de evolución claramente desfavorable, demarca las esquizofrenias no sistemáticas (el concepto de no sistematización podría asimilarse al de atipía). Para Kleist, un complejo sintomático tiene correspondencia con un sistema "psíquico" cerebral alterado, dentro de una visión altamente localizacionista. Esta opinión es compartida por Leonhard, que circunscribe grupos nucleares (sistemáticos) de acuerdo a los cuadros clínicos, cursos, y herencias de las distintas formas. De tal manera, las esquizofrenias no sistemáticas se extienden más allá de los límites de cada grupo, afectando más de un sistema(9), Cuadro 2.

La aparición de las depresiones y euforias puras, monopulares, deslinda síndromes señalados como formas parciales de algún polo, maníaco-depresivo, o en los estados mixtos maníaco-depresivos de Kraepelin, intento teórico, pero insuficiente, de explicación de numerosos casos que difícilmente

podrían ser aceptados de otra manera en pertenencia a la gran enfermedad. Las formas bipolares se plantean de acuerdo a su polimorfismo, ya que difícilmente mantienen un síntoma constante a lo largo de su curso. Así la forma bipolar maníaco-depresiva se ve acompañada por las psicosis cicloides que Kleist había propuesto en su oportunidad como marginales a ella, compartiendo características generales (duración y frecuencia de las fases, la aparición de cuadros parciales y mixtos, la contaminación con sintomatología de otras psicosis del grupo).

Por su importancia teórica y práctica merecen ser descritas aquí, con mayor consideración, las esquizofrenias no sistemáticas y las psicosis cicloides. Vistas en conjunto las primeras dan la impresión de ser parientes malignas.

Las psicosis motoras (catatonía y cicloide)

Tal como fue planteada por Kahlbaum(3), la catatonía constituye el ejemplo más claro de lo que es una psicosis atípica y es, por lo tanto, una enfermedad amencial: "La catatonía es una enfermedad cerebral con un curso cíclico, alternante, en el cual los síntomas mentales son, consecutivamente, melancolía, manía, estupor, confusión y eventualmente demencia. Uno o más de estos síntomas puede estar ausente de la serie completa del complejo-sintomático psíquico. En adición a los síntomas mentales, aparecen como síntomas típicos procesos locomotores con el carácter general de convulsiones".

Intenta de este modo establecer una entidad autónoma. En su clasificación de las enfermedades mentales, en el lugar dado a las vesanias (enfermedades extensivas con un curso particular) ocupa la forma de la vesania típica (deterioro progresivo)(2).

Quizás haya sido uno de los errores mayores cometidos en las ciencias naturales, la dilución de este síndrome de la Dementia pra-

ecox. Si bien a menudo estos enfermos son diagnosticados como maníacos o melancólicos es difícil que estos cuadros se presenten en forma estricta dentro de los límites de las enfermedades afectivas. Nos ha tocado ver a una paciente con la sintomatología de "eine unproduktive, gedanknarme Manie" (manía improductiva, pobre de pensamiento), un cuadro mixto maníaco-depresivo de Kraepelin, caer luego de más de una década en dos episodios catatónicos acinéticos. No habíamos tenido en cuenta aquí que las manifestaciones morbosas eran cualitativas y no meros aumentos de las disposiciones afectivas de la enferma. Algo similar ocurre para los síntomas melancólicos donde subyace la agitación y se produce un pasaje más rápido o en los que directamente coexiste con la acinesia.

La enfermedad presenta en algún momento de su evolución síntomas motores hiperkinéticos y/o acinéticos. Pero esto no debe tomarse como una necesidad, pues nadie sería capaz de afirmar que un curso que se mantenga dentro de los síndromes maníaco o melancólico, deje de ser catatónico por no presentar un cuadro motor. El ataque catatónico ha sido siempre en la experiencia clínica sólo una confirmación diagnóstica. En la psicosis de la motilidad de Wernicke se encuentran aún sin deslindar los cuadros benignos pertenecientes a las ahora llamadas psicosis cicloides del verdadero síndrome de Kahlbaum. Esa distinción clínica fue lograda sólo tiempo después (Kleist) con el advenimiento de la cinematografía.

Los síntomas en la psicosis de la motilidad, su hiperkinesia reactiva y expresiva, conservan la armonía natural de los movimientos. La hiperkinesia catatónica, en cambio, nunca es pura, reúne tanto la hiper como la hipocinesia en el mismo momento. La rigidez le confiere un carácter entrecortado y brusco, típicamente paracinetico. Aun en la inhibición extrema, en el estupor, se pueden observar fragmentos hiperkinéticos a través

de las iteraciones, el carácter general de la convulsión según Kahlbaum. Nunca hemos podido observar una verdadera fuga de ideas durante la excitación catatónica; aun una paciente cuya motilidad aislada podría dar lugar a considerarla benigna, presentaba, una tras otra, actitudes patéticas y un pensamiento típicamente saltatorio, habiendo iniciado su enfermedad años atrás con un episodio catatónico acinético hipertérmico. La psicosis de la motilidad muy claramente, pierde el lenguaje a medida que crece la excitación, es una hiperkinesia muda salvo gritos, bufidos, chillidos y expresiones similares. Si hay una "logorrea", se trata de la repetición de frases breves sin fundamento ideico con el mismo valor que el grito inarticulado. De todas maneras y por la esencia atípica de la enfermedad, debe considerarse la posibilidad de combinación con la psicosis confusional frente a la manifestación de fragmentos biográficos. La actividad de estos enfermos nunca alcanza la jerarquía de la manía, en éstos los actores que vemos son aquellos que tienen una finalidad más allá de lo circundante, que es donde se desarrollan los impulsos y las tendencias.

Resulta llamativo que los ojos de los pacientes catatónicos conserven su movilidad cuando ésta está alterada en el resto del organismo. Efectivamente, se puede ver en enfermos acinéticos, aun estuporosos, cómo siguen con la mirada al observador. En cambio en la psicosis de la motilidad inhibida, los pacientes están capacitados para referir, incluso en la hipocinesia más leve, que tienen los ojos "duros" o "fijos", ya que los músculos de estos órganos tienen quizás la mayor actividad reactiva.

Una forma de manifestación que ha escaseado en nuestros años de observación clínica es la hiperkinesia maligna de Neele (bedrohlichen Hyperkinese) tanto como el primer estadio de excitación intensa de la catatonía mortal de Stauder (tödlichen Katatonie). ¿A qué se debe esto? Quizás

el uso temprano de neurolépticos en los cuadros de excitación haya modificado la forma de presentación de estas enfermedades; de ser así cabría preguntarse si también se modifica su evolución. Es un tema que necesita investigación. Los cuadros malignos que vemos son encuadrables en la catatonía, tanto por sus antecedentes como por el deterioro observable luego de las grandes acinesias. El cuadro de Stauder es una catatonía, sin que falte ningún síntoma de su descripción, desde la hipocinesia hasta la muerte y es totalmente superponible con el síndrome maligno por neurolépticos descrito por Delay y Deniker. Este síndrome es sólo una de las causas exógenas que pueden dar origen a la enfermedad. El tratamiento con bromocriptina, dentrolene o benzodiazepinas puede usarse indistintamente; pero también indistintamente el tratamiento electroconvulsivo es el más efectivo y el que reduce efectivamente la mortalidad cualquiera sea su origen, endógeno u exógeno(1).

Es común otra forma maligna de evolución a través de estupores prolongados por la falta de una rápida actitud terapéutica, con el grave deterioro general que esto provoca.

La psicosis confusional y la esquizofasia

El término "confusión" (*Verwirrtheit*) no es usado aquí en el sentido de alteración de la lucidez de la conciencia, sino como indicativo de un trastorno del pensamiento. Se mantienen así estrechas las relaciones de pertenencia con la forma idiopática de amencia.

Es mérito de Wernicke el haber deslindado de la manía confusa la confusión excitada, mientras Kleist describió la inhibición con el nombre de estupor perplejo. Leonhard enlaza los dos estados morbosos por la observación del frecuente pasaje de uno a otro polo. El trastorno fundamental durante la exaltación es la logorrea

con incoherencia de la elección temática biográfica. No existe un trastorno en la sucesión lógica de las ideas, los temas son desarrollados y bruscamente interrumpidos por la continuación de otro bloque biográfico. Cuando la psicosis apenas se insinúa, lo que se observa alcanza sólo el grado de divagación. No encontramos por lo tanto, y a diferencia de la manía, una verdadera fugas de ideas como tampoco el grado de conexión con el ambiente propio de estos enfermos ya que los confusos pierden fácilmente la capacidad de relacionarse con su entorno. Completan lo esencial de esta polaridad los falsos reconocimientos de personas, fugaces y jocosos, y una labilidad hacia lo festivo y el lloriqueo que frecuentemente se suceden.

La inhibición del pensamiento lleva a la perplejidad y más allá, al estupor. La psicosis perpleja de significación de Kleist (*ratlose Bedeutungspsychose*) se constituye cuando la inhibición atraviesa grados de moderación. La dificultad que tiene el paciente para obtener significados del ambiente se manifiesta en su perplejidad y si estos se logran, son anormales en su gratuidad (interpretaciones anormales e ideas de referencia). En el estupor desaparecen aquellas acciones que requieren un programa ideativo, con integridad de los movimientos reactivos que son los afectados en la acinesia. Los movimientos expresivos sufren una reducción normal acorde con el contenido anímico que es el verdaderamente empobrecido.

La descripción inicial de la esquizofasia, dada por Kraepelin, señala como síntomas fundamentales una grave confusión del lenguaje hablado con perfecta conservación de la actividad pragmática. Kleist acentúa en cambio el valor de los neologismos y las parafasias como constituyentes principales del síndrome. Leonhard reconoce una forma inhibida alcanzando la conclusión de que se trata de un síndrome bipolar. En la forma excitada, la delimitada por Kraepelin y Kleist, es donde se da la similitud con la afasia senso-

rial de Wernicke. Los primeros descriptores plantean las alteraciones del lenguaje con independencia del pensamiento; por el contrario Leonhard considera que el síntoma nuclear es un trastorno ideativo que compromete secundariamente el lenguaje. Si se observan conservadas las facultades pragmáticas, pero dentro de una actividad limitada al círculo de lo cotidiano. Paralelamente, cuando los enfermos necesitan comunicar algo concreto, lo habitual es que lo realicen de manera más correcta que cuando su discurso está libre. De ahí que una forma de investigar la enfermedad en los casos leves sea indagar a los pacientes sobre temas abstractos. También le es propio a la exacerbación y alteración del lenguaje compartir el cuadro sintomático con confabulaciones.

Con la inhibición los enfermos pierden espontaneidad tanto en el lenguaje como en el resto de conductas, en un caso con la posibilidad de alcanzar el mutismo, en el otro a la sola conservación de los movimientos reactivos. Se configura así un estado con las características del estupor; sin embargo no es posible ver en estos enfermos el surgimiento de la perplejidad, tan común en la forma cicloide de afectación del pensamiento. No dejan de reaccionar a un estímulo directo; si uno se acerca y les toma del hombro quizás también sea necesaria una ligera sacudida para que sus ojos se dirijan a la fuente de estímulos; pero no son atraídos por un escándalo que transcurra a pocos metros de ellos. Esto es una escasa capacidad de reacción. El cicloide inhibido se encuentra en una búsqueda de significados que aquí no existe, el confusional puede enterarse que alguien ha entrado en la habitación pero no lo comprende, el esquizofásico parece no haberse enterado.

Leonhard abarca la bipolaridad de este síndrome con el concepto de catafasia.

Las psicosis delirantes afectivas

Las psicosis de angustia y éxtasis fueron descritas ya por Wernicke y por Kleist, pero sin considerar la bipolaridad que las une. Leonhard deslinda de la psicosis de angustia una forma paranoide, bipolar, y una forma pura, la depresión agitada. De la psicosis de inspiración de Kleist (la Autopsicosis expansiva por ideas autóctonas de Wernicke), separa la forma bipolar extásica ligada a la angustia y una forma pura, la euforia exaltada.

El estado de angustia se encuentra naturalmente unido a la desconfianza y a la autorreferencia, con interpretaciones de imprecisa amenaza que no continúan con una elaboración posterior. Existen formas de pasaje entre autorreferencias, experiencias ilusorias y alucinaciones resultando una insuficiente determinación del síntoma característica del cuadro. Cuanto más acentuada sea la angustia más promesas se obtienen sobre la resolución favorable de la psicosis.

Considero que toda verdadera angustia es necesariamente paranoide en mayor o menor grado, bajo el concepto de que su fundamento óptico es la mortalidad inherente a la totalidad de los seres vivientes; de esta manera es un indicador de amenaza a la vitalidad. En los pacientes que sufren una angustia no paranoide, la de la depresión agitada, la manifestación principal es el miedo, una amenaza arrolladora e imposible de abarcar. Sus traducciones características son del sistema nervioso vegetativo y motoras; estas últimas pueden llegar a la tempestad de movimientos.

Mientras la angustia se debate entre las sombras, el éxtasis se manifiesta como una experiencia de plenitud cósmica, encontrada ante todo en las vivencias religiosas de todos los pueblos. Su derivado directo son las ideas de inspiración, su traducción es la vocación de gratificar o redimir la humanidad. Leonhard prefiere el concepto de "Glücksideen" (ideas de prosperidad), con el cual comprende tanto la voluntad de hacer

felices a los otros como de realizar el propio bienestar. Sin embargo, este último no pertenece a la "Gemeinschaft" (comunidad), donde se desarrolla el trastorno fundamental de la psicosis. Los proyectos de elevación personal pueden observarse cuando la enfermedad apenas se insinúa y por supuesto no son llevados a cabo, en cierto paralelismo con la divagación respecto de la incoherencia temática en la psicosis confusional. El terreno comunitario donde entran en juego estas enfermedades es compartido con la paranoia, siendo útil la indicación de Specht para este cuadro, de la necesidad de intromisión de una alteración de las características de la manía para que las ideas morbosas sean llevadas al campo de la acción. Esto se observa rodeando el acmé de la fase extásica.

Es posible observar un estado en el cual el enfermo cree deber morir para redimir a los demás, es decir donde el elemento angustioso (la muerte) se tiñe de temática extásica constituyéndose un cuadro mixto. Esta concurrencia en un mismo momento de las dos polaridades de una misma psicosis, sólo la he presenciado en ocasión de ser sintomática de un cuadro de mayor malignidad. No creo en la simultaneidad sino en la sucesión, la contemporaneidad da como fruto una discordancia que habitualmente se considera indicadora de esquizofrenia. Los cuadros mixtos de las psicosis benignas que hemos tenido oportunidad de observar pertenecen al polo de una psicosis en amalgama con el polo de otra distinta.

Así como a la catatonía y a la esquizofrenia —pese al constante involucrarse de rasgos del resto del universo psiquiátrico— le son propios síntomas distintivos, motores en una, del lenguaje y del pensamiento en la otra, en la parafrenia afectiva es la afectividad patológica la que ocupa el eje sobre el cual se desarrolla la enfermedad. Leonhard establece puntos de contacto entre este síndrome y el cuadro descrito por Kraepelin como parafrenia sistemática,

así como cierta correspondencia entre los casos leves y la psicosis progresiva de relación de Kleist. Los enfermos atraviesan consecutivamente distintas estaciones sintomáticas, siendo posible la ausencia de alguna de ellas o la detención del proceso en algún punto previo a la demencia final. El comienzo puede tomar las formas angustiosa o extásica con ideas de relación y alucinaciones, hipocondríaca con alucinaciones somáticas e ideas de influencia o permanecer subclínico con irritabilidad hasta el estadio siguiente donde se constituye un síndrome de relación irritable. El humor puede permanecer en la irritación y el descontento o ser cordial y exaltado, coloreándose ambos con temas delirantes fantásticos, alucinaciones polisensoriales y falsos reconocimientos. Al disminuir las facultades racionales y lógicas aparecen ideas de grandeza fantásticas, a veces con alucinaciones mnésicas, aproximándose el estadio de obtusión terminal.

Es así como la psicosis toma elementos de la paranoia, de las cicloides de angustia y éxtasis y de la fantasiofrenia, además de la ocasional insurgencia de síntomas de otros cuadros atípicos. La intensa afectividad vinculada a las ideas delirantes, que se extiende en el surgimiento de la enfermedad a toda la personalidad, se conserva hasta el período final pero limitada entonces a éstas, dado el desmoronamiento intelectual. Leonhard considera que un tercio de los enfermos evoluciona hasta alcanzar el cuadro fantástico demencial, otro tercio permanece en una etapa temprana con un delirio de referencia o de grandeza permanentes, y el tercio final se establece en una forma de pasaje entre los dos estadios. Supone que muchos de los casos de paranoia kraepeliniana, pertenecen en realidad a la parafrenia afectiva salvo aquellos desarrollos a partir de una constitución psicopática.

Las psicosis hasta aquí descritas se encuentran sumergidas en el gran caldero de la amentia. Quizás

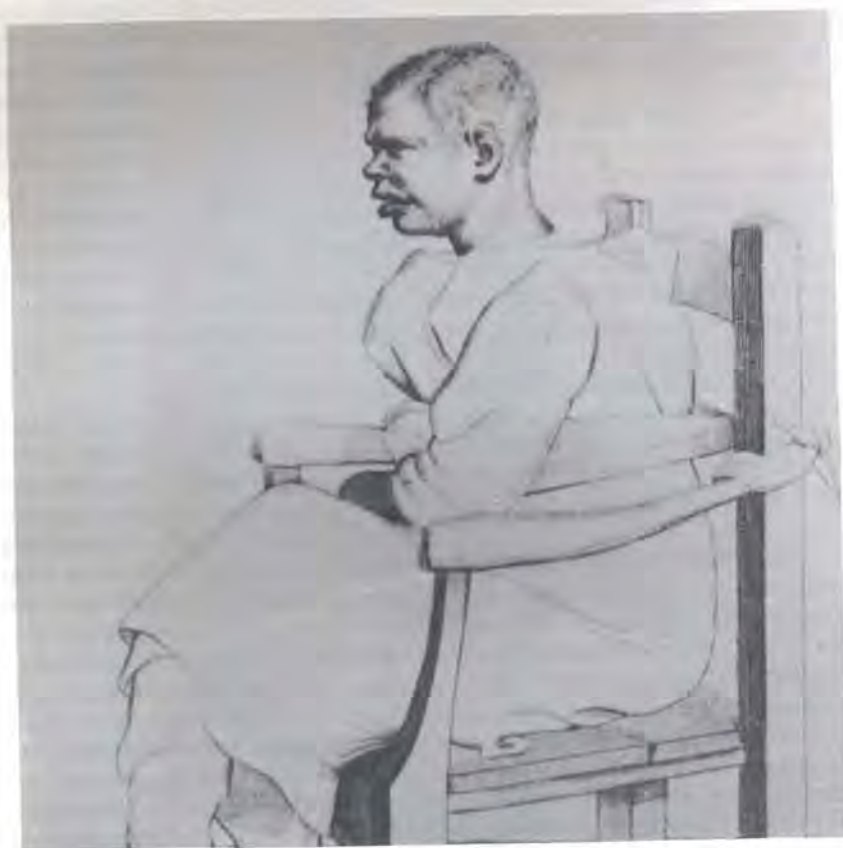
sea la catatonía el síndrome que derribe los límites kraepelinianos, poniendo en evidencia lo que no le es propio a los dos monstruos nosológicos existentes, confinándolos así a sus esencias. Los síndromes fueron expuestos de acuerdo a un ideal de pureza que se da rara vez en la práctica, pues lo frecuente es la combinación y transición entre ellos. Aquellos que surgen como reacción frente a procesos endógenos (esquizofrenia) o a noxas exógenas, son en su mayoría los mismos que aparecen espontáneamente como constituyentes fundamentales en las psicosis atípicas.

No he considerado aquí psicosis que ya tienen una ganada independencia de los dos polos gravitatorios convencionales, tales como aquellas enfermedades obsesivas progresivas (Heilbronner, Jahreis), las paranoias y parafrenias del climaterio y la involución (Gaupp, Kleist, Serko, Albrecht, Knoll) y la depresión involutiva rígida (Medow). La demencia alucinatória puerperal (Fürstner) aun cuando se presente espontáneamente, coincide con la descripción de Meynert. Todavía está abierta la discusión sobre si los cuadros depresivos del climaterio pertenecen a la enfermedad kraepeliniana o, como considera Leonhard, es una forma morbosa autónoma. Una situación similar ocurre para las hi-

poncondrias monosintomáticas y la esquizofrenia cenestésica (Huber). Así, la advertencia es amplia, ya que sólo se ha presentado el esquema más estructurado con que contamos al día de hoy. Otras tendencias psiquiátricas han planteado una solución posible a través de la psicosis única (Conrad), o de

las psicosis mixtas maniaco-depresivas-esquizofrénicas (Kretschmer, Mauz), pero no han tenido un desarrollo ulterior ni comprobación heredobiológica ■

*Agradecimiento:
A Juan Carlos Goldar,
cuya guía recuerda a Virgilio.*



Notas bibliográficas

1. Barnes, M. P., Saunders, M., Walls, T. J., Saunders, I., Kirk, C. A., The syndrome of Karl Ludwig Kahlbaum. *J. of Neurol. Neurosurgery and Psych.*, 1986, 49, 991-996.
2. Goldar, J. C., La posición clínica de la catatonía. *Acta psiquiát. psicol. Amér. lat.*, 1988, 34 (3), 197-209
3. Kahlbaum, K. L., Catatonía. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, Maryland, 1973.
4. Kleist, K., Progresos de la psiquiatría. *Neuropsiquiatría*, 1950, 1. 3. 209-222.
5. Kleist, K., Ueber zyklische, Paranoide und epileptoide Psychosen und über die Frage des Degenerationspsychosen. *Schweiz Arch. Neurol. Psychiat.*, 1928, 23, 1-37.
6. Kraepelin, E., Die Erscheinungsformen des Irreseins. *Zeitsch für die ges. Neurol. und Psychiat.*, 1920, 62, 1-29.
7. Kraepelin, E., *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte.* 1913, Leipzig, Barth.
8. Leonhard, K., Aufteilung der endogener Psychosen in der Forschungsrichtung von Wernicke und Kleist. *En Psychiatrie der Gegenwart*, II, 1, 1972, Springer, Berlin.
9. Leonhard, K., Aufteilung der endogener Psychosen und ihre differenzierte Aetiologie. 1986, Berlin, Akademie, Verlag.
10. Meynert, T., *Lezioni cliniche di psichiatria per gli studenti, medici, giuristi e psicologi.* 1890, Milano, Vallardi.
11. Outes D. L. y Eurnekian, A., Teodoro Meynert, En el centenario de su muerte, (1892-1992). 1992, Buenos Aires, Sadei.
12. Pauleikhoff, B., Psicosis atípicas, Intento de revisión de la sistemática de Kraepelin. En Huber, G., *Esquizofrenia y ciclotimia. Resultados y problemas.* 1972, Madrid, Morata.
13. Schroeder, P., Degeneratives Irresein und Degenerationspsychosen. *A. f. d. g. Neur. u Psych.*, 1920, LX, 119-126.
14. Siemerling E., Amenza. En Binswanger O., Siemerling, E., *Tratato di psichiatria.* 1927, Milano, Vallardi.
15. Stoerring, G., Carácter y significación del síntoma de la perplejidad en las enfermedades psíquicas. 1944, Madrid, Morata.
16. Weitbrecht, H. J., *Manual de psiquiatría.* 1978, Madrid, Gredos.

NOSOGRAFIA DEL SINDROME DEMENCIAL

Pablo M. Gabay
Carlos A. Mangone
Mónica Fernández Bruno

* Médico Psiquiatra (U.B.A.) Doc. Adscripto de Salud Mental (U.B.A.) Centro de Trastornos Cognitivos, Htal. "Donación F. Santojanni"

** Médico Neurólogo a/c Servicio de Neurología, Htal. "Donación F. Santojanni" Doc. Adscripto de Neurología (U.B.A.)

*** Médico Psiquiatra (U.B.A.) Doc. Adscripto de Salud Mental (U.B.A.) Directora, Centro Psicopatológico Aranguren, Bs. As.

Introducción.

El deterioro mental de la edad avanzada y el vinculado al consumo de alcohol ya se mencionan en el "Papiro de Ebers", que data de alrededor de 1.500 años antes de Cristo. Esta problemática también se menciona en el "Eclesiastés (3:14-15)", atribuido al Rey Salomón y que data de unos 1.000 años A.C.(18). La melancolía vinculada a la senectud aparece en los textos de Hipócrates (460-377 a.C.); Celso, unos 30 años a.C., utiliza el término demencia (de: privado, mens: mente) con un sentido similar al que se le da en la actualidad. Otros autores antiguos se refirieron a este problema (Galeno, Sorano de Efeso, San Pablo). Al inicio de la era cristiana, alrededor del año 100, el término demencia aparece en los escritos de Areteo de Capadocia (vinculado a la senilidad y a los síntomas psicóticos) y en el lenguaje popular (en las poesías satíricas de Juvenal) para señalar cualquier forma de locura o senilidad(7,18).

En la Edad Media, Avicena (siglo XI) consideró que la pérdida de memoria típica del síndrome demencial se vinculaba con algún tipo de lesión cerebral. En los siglos XVI y XVII la sintomatología demencial fue relacionada con la posesión demoníaca, siendo quemadas muchas ancianas dementes por hechicería (Gitrolano Cardano, "De Subtilitate", 1550). Autores anglosajones como Ph. Barrrough (quien la distinguía de otras formas de pérdida de la razón), Th. Adams y W. Salmon hicieron descripciones de pacientes ancianos con trastornos motores y deterioros mentales. François esta-

bleció, en 1677, la relación entre el deterioro mental y la apoplejía o "insulto cerebral", que se corresponde con el concepto actual de "ictus", demencia multiinfarto o enfermedad cerebrovascular(18).

Fue Philippe Pinel quien situó el problema de la enfermedad mental en el marco médico, siguiendo una orientación anatomoclínica e intentando la clasificación nosográfica de las enfermedades. Estableció el concepto actual de demencia, separándolo de los de depresión y subnormalidad. (Tratado médico y filosófico de la manía y Nosografía filosófica, 1798-1801; Oxford English Dictionary, 1806). Con él nació la clínica psiquiátrica(18,26).

Jean Etienne Dominique Esquirol, en su "Traité des maladies mentales" (1838) dio una definición de demencia aún válida: un proceso progresivo con la edad que afecta a la memoria, en especial a la reciente, a la atención, a la voluntad, a los movimientos. Distinguió las demencias agudas (debidas a fiebre, hemorragias y otras causas curables), de las crónicas (ocasionadas por el alcohol y la masturbación excesiva) y de las propiamente seniles(18).

La relación del deterioro cognitivo con los procesos vasculares fue establecida claramente por Griesinger (1845), quien también señaló, hacia 1860, que "la melancolía puede ser la primera fase de un futuro deterioro mental progresivo"(18). George Huntington, en 1872, describió un tipo de cuadro coreico con deterioro mental que hoy lleva su nombre. Biswanger estableció los conceptos de demencia arterioesclerótica (1894) y de demencia presenil (1898), incorporadas luego en la clasificac-

ción kraepeliniana. Georget, por su parte, incluyó el criterio de la irreversibilidad, hoy en discusión(7,18). Tuke, en su diccionario "Psychological Medicine", incluía veintidós tipos de demencia(7). El concepto de demencias agudas reversibles fue aclarado por Chaslin, quien separó del cuadro demencial al estupor, al delirium y a la confusión mental; también se distinguieron las demencias vesánicas, resultado del deterioro psicótico (esquizofrenia)(18).

En la observación y la clasificación se destacó Emil Kraepelin, discípulo de Griesinger y principal exponente de la psiquiatría de entidades o modelo médico de la psiquiatría. Entendía a la patología psiquiátrica como una manifestación de patología orgánica cerebral (modelo organicista). Hizo nueve clasificaciones de la enfermedad mental y creó el término "demencias orgánicas", para diferenciar las psicosis de la demencia. En la séptima edición de su "Lehrbuch", en 1924, incluyó las demencias senil, presenil y arterioesclerótica, en reemplazo de la psicosis orgánica cerebral de la sexta clasificación (1899)(7,18).

El modelo médico, con la introducción del pensamiento científico natural en psiquiatría, creó una situación particular: el reconocimiento de la insuficiencia y la provisionalidad de la clasificación junto con la necesidad de continuar utilizándola y perfeccionándola porque posibilita la investigación y el entendimiento mutuo. Así, se llega a un diagnóstico doble: etiológico (orientación causal) y psicopatológico (orientación sindromática) apareciendo en la patología mental una dualidad que se mantiene actualmen-

te: por una parte, la delimitación de cuadros clínicos y, por la otra, independientemente de estos, la de factores etiológicos, pues no existe una relación entre la estructura clínica y la etiología(26), si bien esto es relativo al hablar de trastornos mentales orgánicos.

Así, a fin del siglo XIX la demencia tenía dos categorías, una legal y otra médica, y era abordada desde dos líneas conceptuales complementarias: una psicológica o sindrómica (deterioro intelectual) y otra médica o anatomoclínica (irreversibilidad del cuadro por la existencia de lesiones anatomopatológicas)(7).

A inicios del siglo XX el concepto de demencia quedó establecido: un deterioro intelectual crónico provocado por lesiones cerebrales. Pese a todo, el concepto ha sido, y es aún hoy, motivo de revisiones.

Nosografía en Salud Mental

Lo que nos interesa ahora es detenernos en cuál es la importancia de una nosografía o nosotaxia. El vocablo proviene etimológicamente del griego: *nosos*: enfermedades, *taxia*: clasificación.

La necesidad de organizar los datos empíricos aparece con el pensamiento positivista y demuestra su utilidad y eficacia. Tal vez lo más importante es aceptar las clasificaciones como lo que son, constructos teóricos con base empírica que permiten una mayor comprensión y un nuevo nivel de teorización, por lo que su observación y aplicación deben ser necesariamente relativas, ya que "la enfermedad como ente abstracto nunca ha existido, sólo existen los enfermos"(26).

En toda nosología se debe tener en cuenta, por un lado, su carácter práctico (comprender la realidad, comunicarse, comparando unos objetos con otros) y, por otro, su arbitrariedad o convencionalidad, dada por el criterio personal del autor(26).

A pesar de ello, existen dos conceptos que permiten acotar

científicamente sus alcances: la fiabilidad o concordancia (grado de acuerdo alcanzado por dos o más investigadores que usan los mismos criterios) medida por el coeficiente kappa ($> 0,60$ = aceptable), y la validez (constancia de los fenómenos que determinaron el diagnóstico).

En el campo de la salud mental, a diferencia de otras ramas de la medicina, existen importantes factores que dificultan el diagnóstico: el desconocimiento del mecanismo fisiopatológico de cada enfermedad; el conocimiento limitado de la historia natural y del pronóstico de cada una; la gran profusión de variables en cada caso particular; la falta de pruebas objetivas; el escaso conocimiento de la etiología de los trastornos mentales; los conflictos entre las diferentes escuelas y la existencia de distintas tendencias con conceptualizaciones diferentes. Si bien esto es relativo en el caso de los trastornos de base orgánica, no por ello es menos cierto.

Esto explica la poca fiabilidad de los diagnósticos basados en los textos psiquiátricos tradicionales, que sólo enumeraban signos y síntomas característicos de cada enfermedad, sin darles una jerarquía o establecer su modo de combinación. Spitzer y Fleiss, en 1974, hallaron que la concordancia diagnóstica era aceptable sólo para la deficiencia mental, el alcoholismo y los trastornos orgánicos(26).

Esta situación estimula la necesidad de clasificar; se hace imperioso ordenar los datos empíricos para crear hipótesis de los hechos observados, crear un lenguaje común entre los investigadores para llegar a acuerdos, crear nuevas hipótesis para actualizar y contrastar las hipótesis diagnósticas existentes, incorporar los avances científicos, ensayar nuevos fármacos y tratamientos.

El diagnóstico de demencia es ambiguo, resaltando la precariedad del concepto nosológico y la dificultad de formular un pronóstico sólo a partir del examen clínico del sujeto(14,23). Asimismo existen dificultades para aplicar en

los distintos países criterios idénticos que permitan realizar estudios epidemiológicos comparables(24). Además, desde el punto de vista asistencial, hay que destacar la importancia de un diagnóstico correcto, ya que sólo a través de éste es posible efectuar un tratamiento adecuado(14, 23).

En 1972 se llevó a cabo el US-UK Diagnostic Project, haciéndose un estudio comparativo de los diagnósticos, buscando establecer bases comunes y criterios operativos que estipularan las combinaciones de signos y síntomas, su jerarquía y cantidad, para definir cada entidad. Se formó el Equipo de San Luis bajo la dirección de Feighner (1972), el que dio criterios que resultaron muy útiles para la investigación. Con los Research Diagnostic Criteria (RDC) (1975), derivación directa del trabajo del equipo de San Luis, se intentó definir criterios diagnósticos operativos. Ello condujo a la elaboración del DSM-III en 1978 (publicado en 1980)(1) generalizándose el uso del mismo(26).

Estos criterios diagnósticos buscan crear un lenguaje común para el intercambio en investigación; se añaden nuevos parámetros descriptivos a las clasificaciones en uso (edad de inicio, proporción entre los sexos, prevalencia, criterios de inclusión y de exclusión, diagnósticos diferenciales etc.) para facilitar la tarea del clínico y permitir un acercamiento al problema, independiente de las diferentes teorías, escuelas, o tendencias. Sin embargo, para Lanska y Schoenberg(21) estos criterios no son completamente operacionales ya que presentan gran amplitud.

Nosografía de la Demencia

"Síndrome demencial" es una descripción fenomenológica de lo que le ocurre a un paciente basada en la conducta del sujeto en su vida social, laboral y de relación(22). Al ser la demencia una manifestación clínica de varias etiologías, es importante el diagnóstico diferencial entre ellas para poder llevar a

Cuadro I

Clasificación clínico-anatómica (Joint y Shoulson) (10,19)

Demencias Corticales	Demencias Subcorticales	Demencias Axiales
Enfermedades características		
Alzheimer	Huntington	Wernicke-Korsakoff
Pick	Parkinson	Postraumáticas
Anoxia cerebral	Wilson	Postraumáticas
Postraumáticas	Postraumáticas	Encefalitis
Meningoencefalitis		herpética
Neoplasias	Neoplasias	
Multiinfárctica	Multiinfárctica	Hidrocefalia normotensiva
	Parálisis supracelular progresiva	
Localización		
Áreas de asociación corticales frontales, parietales y temporales	Caudado	Hipotálamo
Hipocampo	Lenticular	Hipocampo
	Tálamo	Íornix
	Mesencéfalo	Cuerpos mamilares
	Sustancia nigra	Porción medial del lóbulo temporal
Aspecto		
Normal, despierto, lúcido	Enfermizo, perplejo	Normal
Actividad		
Normal	Retardada	Falta de iniciativa
Postura		
Erecta	Inclinada, contorsionada.	Normal
Marcha		
Normal	Ataxia, inestabilidad, marcha a pequeños pasos	Anormalidad según grado de encefalopatía
Movimiento		
Tendencia reiterativa a deambular (a veces)	Tembolor, distonías, corea, rigidez, etc.	Normal
Habla		
Normal	Hípofofía, lentitud, voz apagada	Normal
Lenguaje		
Anomia, parafasias	Normal	Normal
Memoria		
Paulatino fallo retentivo	Olvidos y fallos de atención	Grave defecto retentivo pese a haber motivación
Orientación		
Desorientación topográfica	Desorientación apática	Desorientación amnésica
Tareas visuoespaciales y cognitivas.		
Apraxias, agnosias	Torpeza, desmañamiento	Relacionada con alteración mnésica
Afectividad.		
Despreocupación relativa, labilidad e incontinencia emocional	Tosquedad, apatía, falta de motivación	Despreocupación

cabo tratamientos etiológicos más efectivos(14, 21, 23).

Ha habido numerosos intentos de desarrollar criterios válidos y operacionales para el diagnóstico de demencia. "Todas las clasificaciones actuales giran de una u otra manera en torno de las clasificaciones kraepelinianas"(26) y todas incluyen, entre sus categorías generales, una para los síndromes orgánicos cerebrales.

Bulbena propone utilizar la denominación "deterioro cognitivo", de uso más común en los países anglosajones(22), hasta tanto no exista diagnóstico de certeza. Figini propone algo similar, fundamentalmente por las consecuencias que el diagnóstico "demencia" tiene en nuestra sociedad(7, 12).

"Actualmente se utilizan diversos sistemas de clasificación, pero ninguno es enteramente satisfactorio"(21). Los criterios más ampliamente utilizados para demencia son los desarrollados por la American Psychiatric Association (APA) para el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM)(1,2,3). El DSM-I, que se utilizaba en los EE.UU. junto con otras 11 clasificaciones, incluía a las demencias dentro de los síndromes cerebrales crónicos; el DSM-II (1968) lo hacía dentro de los síndromes orgánicos cerebrales(26). El DSM-III (1980) elimina la distinción psicótico-no psicótico y el concepto de irreversibilidad(1,2,7). La demencia es categorizada junto con el *delirium* dentro de los síndromes mentales orgánicos.

Los criterios del National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke - Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (NINCDS-AR-DRA) Work Group para enfermedad de Alzheimer (probable, posible y definido -este último requiere confirmación histopatológica-) fueron desarrollados como base clínica para el diagnóstico. En estos criterios se considera a la enfermedad de Alzheimer probable, como diagnóstico por exclusión, hasta documentar las lesiones características por anatomía patológica(22).

Desde un punto de vista práctico, diagnóstico, clínico y terapéutico, son útiles dos sistemas complementarios: la clasificación clínica anatómica de Joynt y Shoulson (1980)(10,19), que trata de reconocer y categorizar estadios tempranos de los cuadros demenciales, combinando datos semiológicos con localizaciones cerebrales aproximadas para dar claves orientadoras para el diagnóstico clínico (Cuadro I), y la evolutivo-terapéutica de Strub y Black, de 1981(7,8,10,14,23), que incorpora información de pronóstico, curso y potencial terapéutico (Cuadro II).

Los criterios actuales, utilizados conjuntamente, tienen una precisión de alrededor del 80% para demencia tipo Alzheimer. Los más utilizados son los del DSM-III-R(1,2) y los del NINCS-ARDRA Work Group(22). La precisión mejora con el estudio de los antecedentes, el examen físico y neuropsicológico y los exámenes de laboratorio y estudios de imágenes. Desde el punto de vista de la investigación clínica se aconseja usar más de una clasificación.

DSM-III/ DSM-III-R DSM-IV (DRAFT)(1,2,3)

Diseñados para su uso en EE.UU., han tenido gran difusión y una considerable influencia internacional, existiendo traducciones a varios idiomas(21,26). Al igual que la International Classification of Diseases (ICD)(32), no clasifica etiológicamente sino que se apoya en la observación clínica; no utiliza términos que hagan referencia a la causa o a la naturaleza probables de los trastornos (no habla de enfermedades), evitando la especulación. Da una descripción fenomenológica actual de entidades diagnósticas. Desde el punto de vista de la investigación garantiza muestras homogéneas. Fue probado en miles de pacientes por cientos de clínicos, con buenos resultados, y es utilizado por las compañías de seguros de los EE.UU. Una de sus ventajas es que

Cuadro II

Clasificación clínico-evolutiva de los síndromes demenciales (Strub y Black)(31) [Modificado de Mangone, CA(23), Bulbena, A(7), Cacabelos, R(8) y Cummings y Benson (10)](14)

Demencias no tratables irreversibles

Procesos degenerativos

Enfermedad de Alzheimer
Enfermedad Pick
Corea de Huntington
Enfermedad de Parkinson
Esclerosis múltiple
Esclerosis lateral amiotrófica
Parálisis supranuclear progresiva
Degeneraciones cerebelosas

Procesos anóxicos

Demencia post-paro cardiorrespiratorio
Demencia por fallo cardíaco severo
Intoxicación por CO

Procesos traumáticos.

Demencia postraumática (Injuria axonal difusa)
Demencia pugilística

Procesos infecciosos.

Demencia postencefalítica
Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob
(Encefalopatía espongiiforme subaguda)
Leucoencefalopatía multifocal progresiva
Encefalopatía por HIV

Demencias tratables irreversibles

Procesos vasculares.

Demencia multiinfarto
Enfermedad de Biswanger
Infartos corticales de territorio límite

Procesos infecciosos.

Neurolúes (Parálisis general progresiva)
Infecciones crónicas (hongos y bacterias)

Procesos autoinmunes.

Lupus eritematoso sistémico
Vasculitis cerebral

Otras

Epilepsia
Demencia alcohólica:
Enfermedad de Wernicke-Korsakoff
Enfermedad de Marchiafava-Bignami
Enfermedad de Whipple

Demencias tratables potencialmente reversibles

Procesos ocupantes de espacio

Tumores primarios y/o secundarios
Hematoma subdural crónico
Hidrocefalia normotensiva del adulto

Procesos tóxicos.

Demencias secundarias a intoxicación por drogas,
tóxicos orgánicos (disolventes, insecticidas) y
metales (plomo, arsénico, aluminio, manganeso, mercurio)

Procesos metabólicos, disendócrinos y carenciales

Insuficiencia hepática
Insuficiencia renal
Hipoglucemia Porfiria
Disfunción tiroidea
Disfunción paratiroidea
Disfunción corticoadrenal
Déficit de vitamina B12 y folato
Déficit de niacina

Demencias de causa no determinada

utiliza la misma numeración que las ICDs. Su clasificación y sus criterios diagnósticos fueron incluidos en el capítulo de trastornos mentales del ICD-9-CM(21).

Otra ventaja es su sistema multiaxial, que provee distintos tipos de información. El eje I incluye los síndromes clínicos y el eje III las enfermedades y los problemas físicos (tomados del ICD-9 y no incluidos en la clasificación) (21,26). También cuenta con un amplio glosario(26).

En cuanto a la demencia vascular, el DSM-III-R(2) no está bien validado, sus criterios son vagos y poco confiables y no hay un criterio para evaluar que las lesiones observadas sean las causantes reales de la demencia. Cualquier evidencia de enfermedad cerebrovascular es interpretada como etiológicamente relevante y existen fallas para distinguir las demencias mixtas (cerebrovascular y Alzheimer simultáneamente). En consecuencia, la demencia vascular es sobrediagnosticada con frecuencia. Se utiliza conjuntamente la escala de Isquemia de Hachinski(16). Un valor bajo en la misma es muy útil para descartar la existencia de enfermedad cerebrovascular, y un alto valor indica su presencia, pero no garantiza que ésta sea la causante de la demencia ni excluye la posibilidad de que existan otras causas importantes de demencia.

Para el diagnóstico de demencia vascular se emplean actualmente criterios más objetivos, como los propuestos por el ADDTC(California)(9) y los del NINDS/AIREN(29).

ICD-9/ ICD-NA / ICD-9-CM ICD-10(32)

La ICD* (International Classifications of Diseases) es editada por la Organización Mundial de la Salud aproximadamente cada 10

años; clasifica todas las enfermedades, incluyendo a los trastornos mentales. Es utilizada para clasificar información sobre la mortalidad y la morbilidad con propósitos estadísticos(21).

La versión ICD-9 presenta como inconvenientes su traducción a los distintos idiomas, las diversas formas socioculturales que adquiere la enfermedad en cada país y la distinta formación de los psiquiatras en distintos países. Además se trata de una clasificación amplia que, al pretender abarcar todo tipo de trastornos, se convierte en rígida pues no permite la introducción de nuevos conceptos. Al dejar de lado el concepto etiológico, un síntoma, un síndrome o un grupo etiológico pueden tener la misma categoría. Se intentó subsanar parcialmente esta problemática con el agregado de un glosario(26).

La World Federation of Neurology desarrolló para la investigación la Application of the International Classification of Diseases to Neurology (ICD-NA)(32) y el gobierno de los EE.UU., el ICD-9-CM, con fines epidemiológicos (codificación de morbilidad). Tanto la ICD-9-CM como la ICD-NA son compatibles con la ICD-9. Todas presentan inconsistencias y ambigüedades que pueden hacer que la codificación y la recuperación de los datos sean poco confiables. Por ejemplo, el código 290.0 y el 290.1 no describen la edad de aparición de los síntomas en los individuos afectados, sino que describen la edad esperada de inicio de las condiciones específicas de cada categoría. Así, un individuo que comienza con su patología a los 80 años puede llegar a estar codificado dentro de demencia presenil, como la enfermedad que padece, o como ambas.

La versión más reciente, la ICD-10, provee dos grupos de criterios diagnósticos, uno para uso clínico y otro para investigación, junto con una escala para evaluar la severidad. En esta versión se eliminaron las grandes inconsistencias que existían y las categorías se corresponden con la visión actual

sobre la frecuencia e importancia de las diversas demencias.

Una ventaja de la actualización y modificación periódica de las clasificaciones es que ello permite que sean compatibles con las usadas hasta el momento y que no se pierdan los datos de población ya registrados.

La demencia puede ser categorizada en términos de deterioro de la función cognitiva, de la discapacidad resultante de este deterioro o de una combinación de los dos. Para evaluar y así clasificar a los pacientes se utilizan(23), entre otras, el Mini-Mental State de Folstein (MMSE) o su versión ampliada(5,13,15,23), la Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS)(30), la Escala de Demencia de Mattis(25), la Escala de Blessed(6), la Global Deterioration Scale (GDS) de Reisberg(27) —de uso casi exclusivo para la demencia de tipo Alzheimer— y la Functional Assessment Tool for Alzheimer's Disease (FAST)(28). Para evaluar la depresión se utilizan evaluaciones clínicas no estandarizadas o alguna de las pruebas de evaluación de síntomas depresivos, p. ej. la Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D)(17,21). La escala Washington University Clinical Dementia Rating (CDR)(4) [Cuadro III], es una de las más utilizadas en investigación epidemiológica, en estudios clínicos y en ensayos de drogas(21).

Los criterios para las demencias menos frecuentes no han sido bien validados. El desarrollo y la aplicación uniforme de criterios diagnósticos para trastornos demenciales específicos mejorará la compatibilidad entre los estudios y la precisión diagnóstica. La sensibilidad de las clasificaciones actuales se ve limitada pues falta establecer valores que indiquen qué constituye una discapacidad cognitiva "normal" asociada con la edad(21). El uso de criterios más sensibles conlleva el riesgo de disminuir la especificidad, con la aparición de un mayor número de falsos positivos. Aumentar la especificidad con criterios de exclusión más rígidos puede ocasionar

* Existe traducción castellana: Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE.

nar una pérdida de sensibilidad.

Otras objeciones que han recibido las clasificaciones actuales se refieren a la dificultad para evaluar grandes muestras de población, a la escasez de pautas para el diagnóstico diferencial entre las distintas demencias degenerativas, a la amplitud de los criterios y a la necesidad de efectuar una evaluación longitudinal para poder establecer la declinación.

Ni el ICD-10 ni el DSM-IV (Draft)(3) contemplan ciertas situaciones que, o bien no figuran, o están dispersas y no claramente definidas en las clasificaciones. La pregunta sin respuesta precisa es ¿cuándo un trastorno de memoria se debe a un proceso normal de envejecimiento y cuándo es el

inicio de una demencia? En el punto medio de estos extremos se ubican el olvido senil benigno o el deterioro de memoria asociado con el envejecimiento.

Crook et al., en 1986, describieron el deterioro de memoria asociado con la edad [Age associated memory impairment (AAMI)], entendiéndolo por tal a la declinación de la memoria que acompaña al envejecimiento. No se define una nueva entidad o una enfermedad, sino que se trata de sujetos ancianos normales, mayores de 50 años, con quejas específicas de pérdida de memoria en las actividades de la vida diaria (AVD), que presentan evidencias objetivas de un desempeño de memoria ubicada un desvío estándar (1 DE) por

debajo de la media de la población más joven, que tuvieron en épocas más tempranas de su vida un funcionamiento intelectual normal, y que no reúnen criterios para algún tipo de demencia (Mini-Mental State Examination (MMSE) > 24) (5,13,15,23). Esta situación se observa en alrededor del 5% de la población anciana(11).

El defecto cognitivo mínimo, en cambio, es un deterioro de la memoria leve pero significativo; se aproxima a la demencia más que el deterioro de la memoria asociado al envejecimiento y tiene gran riesgo de progresar a una demencia. Se diferencia de ésta en la velocidad de progresión de los cambios y en el nivel de deterioro de la función cognitiva(11) ■

Notas bibliográficas

1. American Psychiatric Association. DSM-III - Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson, S.A., Barcelona, España, 1983.
2. American Psychiatric Association, *Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-III-R*, Third Edition, Revised, Washington, D.C., U.S.A., 1987.
3. American Psychiatric Association, *DSM-IV Draft Criteria*, Task Force on DSM-IV, Washington, D.C., U.S.A., 1993.
4. Berg L., Hughes L. A., Cohen W. L., Danziger R.L. et al., *Mild senile dementia of Alzheimer type (SDAT): research diagnostic criteria, recruitment and description of a study population*. J. Neur. Neurosurg. Psych. 45:962-968, 1982.
5. Bleecker M. L., Bolla-Wilson K., Kawas C., Agnew J., *Age specific norms for the Mini-Mental State Exam*. Neurology 38:1565-1568, 1988.
6. Blessed G., Tomlinson B. E., Roth M., *The association between quantitative measures of dementia and of senile changes in the cerebral grey matter of elderly subjects*. Br. J. Psychiatry. 114:797-811, 1968.
7. Bulbena, A., *Estados demenciales*, en Vallejo, J.; Bulbena, A.; González, A.; Grau, A. et al. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 2a. Ed., Salvat Editores, Barcelona, España, 1985.
8. Cacabelos, R., *Desafío biomédico y socio-sanitario*. Monografías Médicas Jano, vol. 3(4):7-20, 1989.
9. Chui H. C., Victoroff J. I., Margolin D. et al., *Criteria for the diagnosis of ischemic vascular dementia proposed by the State of California Alzheimer's Disease Diagnostic and Treatment Center*. Neurology 42(3):473-480, 1992.
10. Cummings, J. L.; Benson, D. F., *Dementia: a clinical approach*. Butterworths, Boston, USA, 1983.
11. Ferris S. H., Flicker C., Reisberg B. and Crook T., *Age Associated Memory Impairment (AAMI), Benign Forgetfulness and Dementia en Diagnosis and treatment of*

senile dementia, en Bergener M. and Reisberg B. (Eds.), *Diagnosis and Treatment of Senile Dementia*, Springer Verlag, Berlin - Heidelberg, 1989. (págs. 73-82).

12. Figini H. A., *El uso desaprovisivo del término demencia*. Revista Neurológica Argentina 18 (3):111-112 (1993)
13. Folstein M. F., Folstein S. E., McHugh P. R., *Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*. J. Psychiatr. Res. 12:189-198, 1975.
14. Gabay P. M., Fernández Bruno M. D., *Síndrome diferencial. Importancia de su correcto diagnóstico y tratamiento*. ALCMEON, 3(2):93-107, 1994.
15. Garau M., Calvo L., Dellepiane C., Mangone C. A., *Análisis del Mini-Mental State de Folstein en 100 adultos normales*. Abstracts del XXIX Congreso Argentino de Neurología, Paraná, E. Ríos, Argentina, Octubre 1989.
16. Hachinski, V. C., *Multi-infarct dementia: a cause of mental deterioration in the elderly*. Lancet. 2:207-209, 1974.
17. Hamilton, M., *A rating scale for depression*. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 6:56-62, 1960.
18. Jiménez Herrero, F., *Evolución del conocimiento de la demencia*. Geriatrika, 1(5):211-218, 1991.
19. Joint, R. J., Shoulson, L., *Dementia*, en *Clinical Neuropsychology*. Heilman, K. H. y Valenstein, E. (dirs.), Oxford University Press, New York, 1979, en Bulbena, A. op. cit.
20. Kaplan, H. I., Sadock, B. J., *Psiquiatría Clínica*, Editorial Médica Hispanoamericana, Bs. As., 1990.
21. Lanska, D. J. and Schoenberg, B. S., *The epidemiology of dementia: methodologic issues and approaches*, en Whitehouse, P. J., *Dementia*. Contemporary Neurology Series, F. A. Davis Co., Philadelphia, 1993. (p. 3-13)
22. McKhann, G., Drachmann, D., Folstein, M., Katzman, R., Price, D., Stadlan, E. M., *Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: Report of the NINCDS-AR-*

DRA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. Neurology 34:939-944, 1984.

23. Mangone, C. A., *Metodología diagnóstica de la demencia tipo Alzheimer*. ALCMEON - Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. Vol.1 (4): 445-465, 1991.
24. Mateos Alvarez, R., Rodríguez López, A., *Epidemiología de las demencias: perspectivas metodológicas y datos de prevalencia*. Monografías Médicas Jano, vol. 3(4): 21-30, 1989.
25. Mattis, S., *Mental Status Examination for organic mental syndromes in the elderly patients*, en Bellok L. and Karasu T. (Eds.), *A handbook for psychiatrists and primary care physicians*, Grune & Stratton, New York, 1976.
26. Poch Bullrich, J., *Clasificación de las enfermedades mentales: nosotaxia psiquiátrica en Vallejo, J.; Bulbena, A.; González, A.; Grau, A. et al., Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 2a. Ed., Salvat Editores, Barcelona, España, 1985.
27. Reisberg B., Ferris S., DeLeon M., Crook T., *The global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia*. Am. J. Psychiatry. 9: 1136-1139, 1982.
28. Reisberg B., Ferris S., Franssen E., *An ordinal functional assessment tool for Alzheimer-type dementia*. Hosp. Community Psychiatry 36:593-595, 1985.
29. Roman G. C., (ed.), *Vascular dementia. Proceedings of the NINDS/AIREN international workshop on vascular dementia (Bethesda, MD, April 19-21, 1991)*. New Issues in Neuroscience 4:75-196, 1992.
30. Rosen W., Mohs R., David K., *A new rating scale for Alzheimer's disease*. Am. J. Psychiatry 141:1356-1364, 1984.
31. Strub, R. L.; Black, F. W., *Organic Brain Syndrome. An introduction to neuro-behavioral disorders*. Davis, Filadelfia, 1981.
32. World Health Organization, *Application of the International Classification of Diseases to Neurology. ICD-NA (Published for Trial Purposes)*. Geneva, 1987.

¿QUÉ HAY DE LA PARAFRENIA?

Guillermo A. Belaga

Centro Descartes, Asociado al Instituto del Campo Freudiano, Av. Pueyrredón 538, 2º "B", (1032) Cap. Federal. Tel.: 961-8083.

Históricamente la parafrenia es una categoría utilizada en la clínica de las psicosis con diferentes criterios, tanto por la psiquiatría clásica, como por Freud y Lacan.

En la psiquiatría moderna, el DSM III, su manual de referencia para la práctica y la investigación, no considera este término dentro de su nosología. Tampoco es un término usual en las discusiones clínicas psicoanalíticas.

El presente trabajo, en el marco de una investigación más amplia en relación a la clínica diferencial de las psicosis, se centra en los conceptos de parafrenia, utilizados por Freud, por la psiquiatría clásica y por Lacan y su posible uso actual.

En relación a las psicosis, Freud y Lacan siempre se vieron llevados a citar numerosos conceptos psiquiátricos, sobre todo aquellos que provienen de lo que se conoce como las escuelas alemana y francesa, demostrando la pregnancia de la psiquiatría en la clínica de la psicosis, y la necesidad—para el avance conceptual en el campo del psicoanálisis—de un debate continuo con los psiquiatras de la época.

Un debate que no estuvo sólo dirigido a producir un mayor desarrollo intrínseco de la teoría, sino que simultáneamente fue un esfuerzo concreto y activo por sumar adeptos a sus posiciones, enseñando sus déficits teóricos y prácticos a los psiquiatras contemporáneos.

Freud, en 1911, escribe refirién-

dose al Dr. Schreber, "[...] los psiquiatras deberían terminar por aprender de este enfermo...". El análisis del delirio schreberiano le permitirá ilustrar sobre su teoría y sus diferencias con los principales psiquiatras "alemanes" de su época, de la siguiente forma:

"[...] Dado los estrechos vínculos de la paranoia con la *dementia praecox*, uno no puede dejar de preguntarse por el eventual influjo que la concepción expuesta para la primera ejercerá sobre la vigente para la segunda. Estimo bien justificado el paso que dio Kraepelin al fusionar en una nueva entidad clínica, junto con la catatonía y otras formas, mucho de lo que antes se llamara 'paranoia', aunque fue un desacierto escoger para esa unidad el nombre de '*dementia praecox*'. También a la designación de 'esquizofrenia', propuesta por Bleuler para ese mismo grupo de formas, cabría objetarle que sólo parece utilizable si uno no recuerda su significado literal (mente escindida); además, juzga demasiado, pues emplea para la denominación un carácter postulado en la teoría y que, por añadidura, no le es exclusivo y, a la luz de otros puntos de vista, no puede ser declarado el esencial. Pero, en general, no es muy importante cómo se nombra a los cuadros clínicos. Más sustantivo me parece conservar la paranoia como un tipo clínico independiente, aunque su cuadro haría a menudo se complique con rasgos esquizofrénicos; en efecto, desde el punto de vista de la teoría de la

libido, se la puede separar de la *dementia praecox* por una diversa localización de la fijación predisponente, y un mecanismo distinto del retorno (de lo reprimido [formación de síntoma]), no obstante tener en común con aquella el carácter básico de la represión propiamente dicha, a saber, el desasimiento libidinal con regresión al yo. Entiendo que lo más adecuado es bautizar a la *dementia praecox* con el nombre de 'parafrenia', que, en sí mismo de contenido indeterminado, expresa sus vínculos con la paranoia (que conservaría su designación) y además recuerda a la hebefrenia incluida en ella. Y no importa que el nombre se haya propuesto antes para otra cosa, pues estas otras acepciones no han cobrado vigencia".

Freud, en 1908 y 1910, respectivamente, ya mostraba su preocupación por explicar la paranoia y la demencia precoz, y simultáneamente, dejaba entrever su disconformidad con la nosografía psiquiátrica, abriendo la posibilidad de que los tipos clínicos sean nominados según una definición que se adecuara a sus conceptos. En su correspondencia a Jung, lo hace de la siguiente forma "[...] escribo paranoia y no *demencia praecox* porque considero a la primera como un tipo clínico conveniente y a la última un término nosográfico pobremente definido", y en otra carta a Abraham, "[...] Un trabajo que acabo de terminar se ocupa del libro de Schreber, a partir del cual intento resolver el enigma de la paranoia..."

Cuadro 1

	<i>Paranoia</i>	<i>Forma intermedia</i> Dementia (paranoide)	<i>Parafrenia</i>
SUSTITUYE	<ul style="list-style-type: none"> • Paranoia de Kraepelin • Erotomanía (Clèrambault) 	<ul style="list-style-type: none"> • Caso Schreber • Parafrenias de Kraepelin • P.A.C. (Ballet) • Automatismo mental 	<ul style="list-style-type: none"> • Demencia precoz de Kraepelin (Hebefrenia Catatonía) (Clèrambault) • Esquizofrenia de Bleuler
TEORIA DE LA LIBIDO FIJACION	NARCICISMO	AUTOEROTISMO PARCIAL COMBINACION	AUTOEROTISMO
MECANISMO DE RESTITUCION	<ul style="list-style-type: none"> • Vía Proyección Delirante • Formaciones delirantes • Postulados lógicos 	Combinación <ul style="list-style-type: none"> • Rasgos esquizofrénicos • Rasgos paranoides 	<ul style="list-style-type: none"> • Vía alucinación • Lenguaje Esquizofrénico • Lenguaje de órganos (Postulados lógicos)

Creo que me sería posible también elucidar la diferencia entre la *demencia praecox* y la paranoia en sentido estricto...".

Así es, como al final del historial postula el siguiente cuadro diferencial (cuadro 1):

1. La paranoia, que conservaría su designación clásica. Reúne bajo esta denominación a todas las formas principales de los delirios crónicos sistematizados de la psiquiatría (los delirios de persecución, la erotomanía, la celotipia, la megalomanía), dado que asombrosamente los puede figurar como construcciones que niegan una misma premisa lógica.

2. La demencia paranoide: nombre que otorga a los cuadros donde se combinan fenómenos paranoides y esquizofrénicos en todas las proporciones.

El énfasis está puesto en la posible y variada combinación, de ahí la frase "en donde puede producirse un caso como el de Schreber". Es decir, donde en algún momento predominan los fenómenos paranoides, entendidos como la premisa lógica, sobre los rasgos esquizofrénicos.

Con este nombre simplificaría los delirios alucinatorios con diversa sistematización, ejemplificados alternativamente por las para-

frenias de Kraepelin, algunas psicosis alucinatorias, y los cuadros con automatismo mental descritos por De Clèrambault.

3. La parafrenia: el centro de este cuadro lo forman las descripciones clínicas que coinciden con la hebefrenia y la catatonía.

Remarca la presencia predominante de alucinaciones, estereotipias motrices, y los rasgos esquizofrénicos, aludiendo esencialmente al lenguaje de órganos. Asimismo, describe la ausencia de toda reconstrucción por vía delirante.

Freud se vale para llegar a esta conclusión, de los siguientes criterios: primero privilegia la productividad, lo "paranoide", luego diferencia dos aspectos, las diversas fijaciones libidinales predisponentes y sus combinaciones y finalmente, los distintos mecanismos en que se produce el retorno (de lo reprimido) (formación de síntoma), el intento de restablecimiento, de reconstrucción del mundo siempre parcial.

Es remarcable, cómo su precisión clínica le permite formular una serie privilegiando la productividad delirante, y dentro de la misma separar los cuadros persecutorios "verdaderos" (paranoia), de aquellos cuya interpretación deli-

rante es secundaria al cuadro alucinatorio (demencia paranoide).

También en este bautismo freudiano, estaría implícito que la clínica de las psicosis sería el estudio de las respuestas de lo real, de ahí el esfuerzo por nominar en correlación a las respuestas.

Se podría decir, que esto está presente en los múltiples intentos clasificatorios de las corrientes psiquiátricas, enmarañadas en explicaciones causales, pero desde una clínica que sólo es de la mirada.

Freud, a su vez, basado en sus convicciones y con profundo conocimiento de las nosografías existentes, eligió nombres comunes pero recreándolos para su causa.

Volvamos al párrafo en cuestión para comprobar esto último. En el mismo, elogia algunos aciertos de Kraepelin, disintiendo en otros, y desapueba duramente a Bleuler. Pero, quien no está nombrado y sin embargo impregna con sus conceptos esta parte del texto, es Kahlbaum.

Este era director de una clínica psiquiátrica en Görnitz, y sabemos por una carta a Jung de 1907, que Freud lo visitaba para "ver casos instructivos".

El prestigio de Kahlbaum, se debía a los siguientes aportes: en

1874 escribe una monografía sobre la Catatonía, descripción que perdura hasta el presente sin grandes cambios; es él quien usa por primera vez el término de Paranoia, para designar los delirios crónicos sistematizados; por último, clasifica un grupo de enfermedades mentales que aparecen en conexión con los grandes períodos de mutación del desarrollo biológico, cuyo rasgo esencial es la regresión intelectual rápida, les llama Parafrenias, y cuando este proceso comienza en la adolescencia, será el subgrupo de la Hebefrenia. "[...] La parafrenia... que expresa sus vínculos con la paranoia y además recuerda a la hebefrenia incluida en ella", dice Freud.

Agregando: "[...] y no importa que el nombre se haya propuesto antes para otra cosa, pues estas otras acepciones no han cobrado vigencia". Alude al uso que le da Kraepelin al término Parafrenia, ya que al prevalecer Bleuler, estos delirios paranoide quedarán incluidos en el grupo de las Esquizofrenias.

Freud, al igual que Lacan en su tesis, elogia la restricción que hace Kraepelin del cuadro de la Paranoia. Hasta ese momento entre 70 y 80% de los casos de asilo en Alemania se catalogaban como casos de Paranoia. La misma —dice Lacan en 1932— era entonces, en psiquiatría, el término que tenía "[...] la significación más vasta y la peor definida"; era también la noción más inadecuada desde el punto de vista de la clínica.

Kraepelin, en 1915, postula la clasificación final de los cuadros clínicos que aquí nos conciernen, basándose en la escala de los delirios, y su evolución terminal. Podríamos describir dos polos y un grupo central. En el nivel más alto la paranoia en sentido estricto, delirio crónico sistematizado sin debilitamiento intelectual; en el otro extremo una definición muy restringida también de la demencia precoz, considerado un grupo único de procesos demenciales, cuyos síntomas principales son el repliegue afectivo, la afección de

Cuadro 2	
<i>Kraepelin</i>	<i>Bleuler</i>
PARAFRENIA ("paranoias alucinatorias")	ESQUIZOFRENIA GRUPO PARANOIDE (no hace distinciones)
DEMENCIA PRECOZ	
Hebefrenia (núcleo central)	Catatonía
Catatonía	Hebefrenia
Paranoide (sin delirio)	Forma simple

la voluntad, la perturbación del curso del pensamiento, y la pérdida de la unidad interior. Llamativamente, considera síntomas accesorios a las alucinaciones y a las ideas delirantes, que nunca conforman un delirio. Son síntomas móviles, polimorfos y fugaces.

Un punto importante es el otorgamiento de carácter nuclear a la forma hebefrénica, luego seguiría la catatónica y por último la paranoide.

Asimismo sitúa en el primer plano a los síntomas corporales, consecuencia de la perturbación de la voluntad.

Finalmente, el grupo central de la parafrenias, delirios crónicos, donde "hasta los últimos períodos, no se encuentran esa apatía e indiferencia que forman frecuentemente los primeros síntomas de la demencia precoz".

Teniendo en cuenta su evolución final, Schreber estaría dentro de la parafrenia kraepeliniana.

El grupo comprendería cuatro formas: sistemática, expansiva, confabulante y fantástica. Se comprueba en esta pasión clasificatoria de Kraepelin su intento por describir fenomenológicamente las variadas combinaciones de rasgos esquizofrénicos y paranoicos de los cuadros "mixtos", que señala Freud según su teoría de la libido.

En relación al comentario sobre

Bleuler, su dureza respondería —como explica Miller— a que éste, "[...] en definitiva, en el asunto de la esquizofrenia, fue un vanguardista en la resistencia de la psiquiatría al psicoanálisis. Es una resistencia por integración".

Es interesante poner en paralelo las subdivisiones de la demencia precoz de Kraepelin, con las que realiza Bleuler para la esquizofrenia, ya que muestran sus diferencias sustanciales (Cuadro 2).

Así, Bleuler siguiendo sus concepciones psicopatológicas, invierte la serie; primero estaría el grupo paranoide, luego la catatonía, la hebefrenia, y una forma simple.

En el interior del grupo paranoide, no hace distinciones, incluyendo los delirios parafrénicos de Kraepelin.

Lamentablemente, la elección del nombre de demencia paranoide que hace Freud, más el desconocimiento de lo que implica la de Bleuler, lleva frecuentemente a hacer una semejanza que no es tal. No se puede tomar como sinónimos la vaguedad clínica de la esquizofrenia paranoide, con la precisión con que Freud utiliza el término de demencia paranoide.

Ahora bien, actualmente la psiquiatría se rige por los criterios diagnósticos del DSM III. Es una clínica influenciada por el psicofármaco y también por las condiciones que impone el capitalismo

Cuadro 3

Esquizofrenia	Enfermedades del otro Paranoia	Enfermedades de la mentalidad Parafrenia
Lenguaje de órganos Dispersión de identidad Fuera de Discurso	1. Perseguidos "verdaderos" Delirio interpretativo, Erotomanía 2. Persecución como Interpretación Delirante del Automatismo "Fenómenos puramente psíquicos" (Neutros, Atemáticos) + "Fenómenos verbales" (Temática paranoica)	AUTOMATISMO MENTAL • Anideísmos • Eco del pensamiento • Enunciación de palabras • FENOMENOS PURAMENTE PSÍQUICOS
GOCE DEL OBJETO AISLADO	OTRO COMPLETO	OTRO EN DÉFICIT
SE MECANIZA "Cuerpo simbólico suplente, Aparato de Influencia" Ironía esquizofrénica	Identificación delirante Delirio - Estabilización "a deus" Ej. Schreber Identificación a la Mujer, atempera y estabiliza su relación con Dios Presentación de enfermos Monsieur H. (20-1-76) Creencia en el Otro Completo Certeza Delirante sobre su Ser Intrusión de una voz grosera	"como sí" Reversibilidad a—a' Las identificaciones no se precipitan en ningún "yo" Presentación de enf. de Lacan Mmlle. B • Enf. del Puro Semblante • Mr. G. P. "Palabras impuestas"

en materia de prestaciones de salud y seguro social.

En este manual, estas psicosis están divididas en dos grandes grupos: los trastornos esquizofrénicos y el trastorno paranoide, guardando un aire "bleuleriano". Por lo menos en el ordenamiento estadístico de síntomas y subdivisiones que realiza, ya que no se contempla el análisis de la formación de síntomas.

Este manual ha arrasado con las categorías freudianas de neurosis, psicosis y perversión, y por lo que se conoce el DSM IV reafirma aún más los trastornos de la personalidad. En el debate y elaboración del mismo, hay psiquiatras que enarbolan la causa kraepeliniana. Es el caso, por ejemplo, del psiquiatra canadiense A. Munro que sostiene como una necesidad clí-

nica el incluir el concepto de parafrenia de Kraepelin como una categoría aparte, criticando justamente lo abarcativo de la esquizofrenia paranoide. Su iniciativa, de todas maneras, sólo plantea una ampliación de la nosografía del DSM IV.

¿Cómo intervenir desde el psicoanálisis en este debate?

Ante todo, por la trascendencia y peso teórico de esta nueva psiquiatría —surgida del avance de la ciencia y de la técnica— el debate no se puede esquivar ni obviar. Habrá que esgrimir, como Freud, la causa analítica. Esa Causa acerca de la que argumentaba siempre, por ejemplo, en su correspondencia con Abraham y Jung.

Lacan retoma la causa freudiana, y a lo largo de su enseñanza, plantea una clínica diferencial

siempre reformulada acerca del enigma de las psicosis.

Para Lacan el diagnóstico produce consecuencias en la formulación de un tratamiento posible. Incluso, como menciona Maleval, indica un método: no solamente tener en cuenta los signos clínicos que sugieren una falla en el nudo borromeo, sino que también se debe prestar atención a los procesos de compensación. ¡El diagnóstico estaría asentado en estos dos aspectos complementarios!

En oposición se encuentra el DSM III. Este, basándose en una descripción de síndromes con ítems y exclusiones, determina el diagnóstico en psiquiatría, y conduce también a una reabsorción de la clínica analítica en la clínica psiquiátrica. En su introducción dice "[...] no es un libro de texto,

ya que no incluye información sobre las teorías etiológicas, cuidados clínicos y tratamiento", desvinculando claramente el diagnóstico de las conductas terapéuticas.

Avanzando desde las últimas referencias de Lacan, de su valoración del síntoma y las estabilizaciones, podemos formular la siguiente serie clínica contraponiéndola al diagnóstico por síndromes temporarios (cuadro 3).

Entonces ubica, por un lado al llamado esquizofrénico, haciendo hincapié en las dificultades del esquizofrénico con su cuerpo y el lenguaje. Lo que se consideró a partir de Freud como autoerotismo, para diferenciar la esquizofrenia propiamente dicha, en Lacan tiene lugar a nivel del goce puro y aislado del objeto *a* minúscula. Nivel donde el goce no está coordinado a ningún semblante, donde no aparece el goce ligado a una imagen especular. El fracaso de la metáfora paterna, la carencia de la normalización fálica del goce del objeto, provoca que "[...] el dicho esquizofrénico debe arreglar con sus órganos fuera de toda referencia a un discurso establecido". Así es como cuando se compensa, el esquizofrénico se mecaniza, sin una identidad definida.

En el otro polo, para Lacan está el paranoico, donde el goce per-

manece ubicado en el campo del Otro con mayúscula. Siempre cita el testimonio de Schreber al referirse a la enfermedad del Otro no tachado. El goce de su imagen especular, la identificación con la mujer de Dios, por delirante que sea, es después de todo la que en cierta manera, atempera y estabiliza su relación con Dios. La asunción, la elucubración de esa pareja "Dios y yo", le permite la pertenencia a un conjunto, y conserva por un tiempo la posibilidad de expresarse, con su mujer y con los lectores a través de sus Memorias.

Por último, encontraríamos todo un grupo de casos, frecuentes en la clínica cotidiana, que no responden a estas distinciones, e incluso plantean interrogantes con respecto a su modo de simbolización. Son casos donde la dimensión misma del Otro está en déficit, y la mayoría presenta "fenómenos puramente psíquicos", automatismos mentales sin "fenómenos verbales".

Este tercer grupo, intermedio en la serie, podría ejemplificarse por dos casos conocidos de las presentaciones de enfermos de Lacan. El primero es la denominada "psicosis lacaniana", quien padecía de un puro automatismo mental, siendo la enunciación una intrusión, "una palabra im-

puesta" a su cogitación privada. El segundo, es una presentación del 16 de abril de 1976, el caso de Mlle. B. En su comentario final, Lacan dice de ella que ilustra lo que llama el semblante; "esta persona no tiene la menor idea del cuerpo que tiene que meter bajo ese vestido, no hay nadie para habitar la vestimenta", "no es una enfermedad mental seria...".

Miller distingue a partir de este caso, las enfermedades de la mentalidad. Enfermedades que dependen de la emancipación de la relación imaginaria, espejo enganchado en todas partes, reversibilidad de *a—a'*, imaginario extraviado sin yo, no hay objeto *a*, que llene su paréntesis. Son las enfermedades de los seres que se acercan al puro semblante, a la pura mentalidad desvergonzada. Estructuras psicóticas que posiblemente se establezcan, gracias al funcionamiento "como si".

Lacan finaliza diciendo: "[...] Kraepelin aisló estos curiosos cuadros. Podemos llamar a esto una parafrenia, y por qué no señalarla con el término de imaginativa".

La Parafrenia es la enfermedad mental por excelencia, es la enfermedad de tener una mentalidad ■

Bibliografía

Bercherie, P., "Los fundamentos de la clínica". Ed. Manantial.
Bleuler, M., "Demencia precoz, o el grupo de las esquizofrenias". Ed. Hormé.
Cremniter, D., y Maleval, J.-C., "Contribution au Diagnostic des psychoses". *Ornicar?* N° 48, 1989.
DSM III., Edición Toray Masson.
DSM IV., Options book. Work in Progress. American Psychiatric Association.
Freud, S., "Obras completas". Ediciones Amorrortu.
Freud, S., Jung C., "The Freud-Jung Letters". Ed. by W. Mc. Guire.
Freud, S., Abraham, K., "Correspondencia Freud-Abraham", Ed. Gedisa.

García G. L., "Curso 1992".
Kaltenbeck, F., "Sur les débats de Freud avec la Psychiatrie Allemande". Secrétariat de l'Ecole de la Cause Freudienne à Bordeaux.
Kraepelin, E., "Dementia Praecox and Paraphrenia". Ed. Krieger.
Lacan, J., "De la psicosis Paranoica en sus relaciones con la personalidad". Ed. Siglo XXI.
Lacan, J., "El Seminario. Libro III". Ed. Paidós.
Lacan, J., "El Atolondradicho". Escansión 1. Ed. Paidós.
Lacan, J., "Presentaciones de enfermos. Año 1976". (Inédito).
Laurent, E., "Estabilizaciones en las psi-

cosis". Ed. Manantial.
Miller, J.-A., "Matemas I". Ed. Manantial.
Miller, J.-A., "Psicosis y Psicoanálisis". Ed. Manantial.
Miller, J.-A., "Clínica Diferencial de las Psicosis". Publ. de Sociedad Psicoanalítica Simposio del Campo Freudiano.
Miller, J.-A., "El Banquete de los analistas". (Seminario inédito), 1990.
Munro, A., "A Plea for Paraphrenia". *Can. J. Psychiatry*, Vol. 36, Nov. 1991.
Spitzer, R., "Neurosis, Psychodynamics, and DSM III". *Publ. Arch. Gen. Psychiatry*, Vol. 42, Feb. 1985.

ENTREVISTA A NICOLE QUEMADA

por Patrik Eche
y Dominique Wintrebert

Nicole Quemada está actualmente a cargo de investigaciones en el Instituto Nacional de la Salud y la Investigación Médica en Francia (INSERM) y es asimismo Directora de un centro colaborador de la OMS para la investigación y la formación en salud mental. En el marco del INSERM, es investigadora en epidemiología, lo que la llevó a interesarse por las clasificaciones de los trastornos mentales, y en particular, ha formado parte del grupo que trabajó en la elaboración de la Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente (CFTMEA).

Vertex: *¿Qué razones motivaron la creación de la CFTMEA?*

Nicole Quemada: Se trata de la respuesta de un cierto número de clínicos franceses, con Roger Misès a la cabeza, ante el DSM-III. Es a la vez algo fáctico y la culminación de un trabajo de larga data.

Los estudios de Lebovici y Sadoun habían llegado a una clasificación triaxial, retomada luego en la conferencia de la OMS en 1967 sobre la clasificación de los trastornos mentales del niño y del adolescente. Había sido un trabajo en común con la OMS y en particular con Michael Rutter. A partir de esta clasificación se comenzaron en Francia una serie de investigaciones epidemiológicas y clínicas. Luego de 1967, se llevaron a cabo ejercicios diagnósticos, con la participación de Lebovici, en el centro Alfred Binet, con ejercicios de interfiabilidad siempre dentro del marco de las investigaciones de la OMS de ese momento.

En mi opinión, esta experiencia quedó un tanto aislada en el centro Alfred Binet, circunscrita a algunos psiquiatras, así como también aislada en una época en que la epidemiología psiquiátrica en Francia estaba muy poco desarrollada y muy poca gente creía en ella. Más tarde, otros psiquiatras retomaron el trabajo, en particular Soule, pero periódicamente había modificaciones de la clasificación —que además no era la clasificación oficial— con todos los inconvenientes que esto traía, pues al cambiar una pequeña definición en el eje clínico, los resultados ya no eran en verdad comparables. Y así fue como la clasificación de la OMS del niño y del adolescente no vio la luz. Hubo una clasificación inglesa, de Michael Rutter, pero no fue retenida en forma oficial por la OMS que conservó la clasificación de esa época, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

Vertex: *¿Podría precisar históricamente la posición de la reacción contra el DSM-III?*

N. Quemada: La CFTMEA se inscribe en el marco de las investigaciones sobre una clasificación propia a la infancia y a la adolescencia, que se distingue de una clasificación general donde se engloban a la vez los trastornos del niño y los del adulto y al mismo

tiempo se conecta con una respuesta muy fáctica al DSM-III. El DSM-III fue en conjunto rechazado, a veces con gran pasión por los psiquiatras franceses, y en particular por los paidopsiquiatras. Se vivió una verdadera guerra contra el DSM-III, con todo lo que esto representaba para algunos que lo veían como algo que les sería impuesto por no-psiquiatras y que permitiría hacer diagnósticos fuera de la práctica psiquiátrica, más en particular el temor de que un sistema a la vez de evaluación y de diagnóstico pudiera ser enteramente utilizado por no-psiquiatras escapando así a la clínica. Hubo en todo esto un verdadero juego de poder real o fantasmático que decidió al final que hubiera una respuesta: una clasificación francesa, coronada a la vez por los trabajos anteriores de Lebovici-Sadoun pero sobre todo con una estructura si no analítica, que al menos no olvidaba por completo el aporte del psicoanálisis.

Vertex: *Por un lado se tiene la impresión de que hay un dominio del mundo anglosajón en lo que se refiere a los adultos. Por otro, en lo que atañe a los niños, se tiene la sensación de que se ha logrado instaurar algo, como una especie de contratentativa respecto de la hegemonía de la clínica anglosajona.*

N. Quemada: En lo que concierne a la clasificación en psiquiatría adulta, hay que reconocer que el DSM-III hizo un aporte importante, aunque más no sea por haber tenido en cuenta por primera vez criterios de diagnóstico. Hoy en día, una clasificación que no comprenda criterios de diagnóstico no es reconocida como tal científicamente. Por ende, el aporte del DSM-III es innegable y esto se ve muy bien con la CIE10. La CIE10 tiene una versión con criterios de investigación y es un aporte considerable, en particular para la investigación, aunque a nivel de las clasificaciones estadísticas haya, desgraciadamente, un rompimiento de todas las categorías. Dos cosas dejaron un campo relativamente más grande para las clasificaciones de los niños y adolescentes; en primer lugar, los americanos y los ingleses no se pusieron de acuerdo. Por ejemplo, Michael

Rutter, uno de los grandes psiquiatras que elaboraron instrumentos para la compilación de las clasificaciones en paidopsiquiatría, nunca se asimiló a la clasificación del DSM-III, aunque la clasificación de los niños y adolescentes que había propuesto no haya sido reconocida totalmente por la OMS, a pesar de su trabajo intenso con esta organización.

Falta así una hegemonía anglosajona, pues ingleses y americanos no se pusieron de acuerdo y además porque los escandinavos están un poco rezagados en lo que se refiere a la psiquiatría infantil.

Existe una segunda razón: una clasificación de los trastornos mentales del niño y del adolescente es aún más compleja que una clasificación en psiquiatría adulta ya que aparece el problema del desarrollo. Una clasificación del niño y del adolescente no responde bien a las clasificaciones de trastornos en el lactante, ni siquiera a los trastornos específicos de la adolescencia, si es cierto que podemos definir y clasificar los trastornos específicos de la adolescencia.

Vertex: ¿Cree usted que se tienda a una distinción más marcada según la edad del sujeto, es decir, que habría una clasificación para niños, una para lactantes y otra para adolescentes?

N. Quemada: No. En este punto voy a dar mi opinión personal. Creo que lo mejor es una clasificación general de los trastornos mentales y de los trastornos de conducta, pero a su vez, estamos obligados a pasar por una clasificación de trastornos del niño y del adolescente para reconocer una especificidad, para aislar estos trastornos, para permitir también al psiquiatra infantil trabajar más cómodamente en una clasificación, totalmente dedicada al niño y al adolescente. Estal no hace más que abrir el camino a una clasificación general de los trastornos mentales teniendo en cuenta mejor los trastornos mentales propios de la infancia y adolescencia.

La ventaja, por ejemplo, que encuentro en la CIE 10 –a la vez clasificación de los trastornos mentales del adulto, del niño y del adolescente– es que, si bien hay capítulos dedicados a los trastornos mentales del niño y del adolescente, se puede uno referir al capítulo dedicado a los trastornos del adulto para los trastornos mentales que, aparecidos en la adolescencia, tienen una forma ya propia del adulto y en particular, pienso que la distinción de los trastornos fóbicos propios del niño y los propios del adulto son un muy buen ejemplo de esto último. Es decir que, cuando los trastornos fóbicos son específicos a las formas del niño, se los clasifica en trastornos fóbicos de la infancia, pero que, cuando poco a poco toman la expresión de los trastornos fóbicos que vemos en el adulto, es a ellos a los que debemos referirnos en la clasificación, y esto es algo que falta en la clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente.

Vertex: Entonces, en el fondo, si un adulto tiene

miedo de que lo muerda un caballo, ¿se lo va a clasificar en una fobia infantil?

N. Quemada: No. No es exactamente así. Hay trastornos, vuelvo a las fobias, que son de expresión específica en el niño o el adolescente. Hay un paso progresivo de la infancia a la adolescencia y de la adolescencia a la edad adulta. Cuando se encierra una clasificación, en los trastornos infantiles y adolescentes, se tiene esta necesidad de pasar del niño al adolescente, pero se ha comprobado en la clasificación francesa que no es tan sencillo y los especialistas de los trastornos de la adolescencia no siempre se encuentran cómodos en la clasificación de los trastornos mentales del niño. Creo que es más conveniente una clasificación general con capítulos particulares que una división en N clasificaciones, lo que no impide que a partir de una clasificación general se pueda, para objetivos precisos, tener módulos extendidos sobre los trastornos de los lactantes pero con referencia a una clasificación general. No se trata de una crítica a la CFTMEA. Creo que el desafío lanzado con esta clasificación francesa, en todo caso en cuanto a mí –y es una de las razones por las que adherí a este trabajo y lo defiendo– es el de llevar a un buen número de paidopsiquiatras al ejercicio clasificatorio. Es necesaria una clasificación que les convenga, que sea aceptable para la mayoría de ellos y que corresponda a su funcionamiento clínico. Debido a que una clasificación como el DSM-III no convenía en absoluto a la ideología de la paidopsiquiatría, en el buen sentido del término, triunfaba el rechazo por la clasificación, y creo que en este sentido la CFTMEA es un paso intermedio hacia la aceptación de una clasificación general.

Vertex: Si hemos comprendido bien, en esta clasificación general habría una detección según la forma del síntoma, pero esto no excluye ciertas patologías más específicas.

N. Quemada: Es cierto que en la CFTMEA entre las psicosis, subcategorías como la esquizofrenia que aparece en la adolescencia son un poco sacrificadas, y los que tienen que clasificar los trastornos esquizofrénicos que aparecen en la adolescencia en esta subcategoría, se encuentran poco cómodos; mientras que si se trabaja en una clasificación que dé acceso a todas las aperturas sobre la esquizofrenia, que considere al mismo tiempo los trastornos del adulto, los del niño y los del adolescente, uno se encuentra más cómodo.

Vertex: En cuanto a los problemas de los lactantes, se trata de un conflicto completo porque a esa edad entra en juego toda la dimensión de las interacciones precoces.

N. Quemada: No se puede incluir la dimensión de las interacciones precoces en una clasificación. En efecto, debería haber una clasificación específica de las interacciones ya que en este tipo de trastorno, no podemos decir que hay un trastorno del lactante, o

de la madre, o si es en realidad un trastorno de las interacciones. Cuando surgió este interrogante para la clasificación francesa, no podíamos no poner este trastorno en una clasificación y cuando intentamos incluirlo, no encontramos el lugar apropiado.

Vertex: *Se aislaron dos tipos de anorexia en el lactante: aquella en la que hay una toma de posición del sujeto lactante que rechaza la comida y la del que ingiere pasivamente los alimentos y los rechaza luego vomitándolo todo. Se ha podido comprobar aparentemente que la segunda forma, llamada pasiva, es mucho más peligrosa.*

N. Quemada: Es verdad que una clasificación es una proposición que refleja un balance en un cierto momento y que no tiene forzosamente en cuenta las investigaciones en curso. Es uno de los motivos por los que, en cuanto aparece una clasificación, ya es obsoleta en ciertos puntos.

En cuanto al lactante, no soy ciertamente la más competente para responder y lo haría de manera incorrecta, es decir en términos estadísticos. En una clasificación de los trastornos mentales del niño y del adolescente, todos los estudios epidemiológicos muestran que hay relativamente pocos trastornos del lactante que entren en el sistema en relación con los trastornos de los niños o adolescentes. Por lo tanto, hacer categorías muy adaptadas a una clínica que representa relativamente pocos casos sería sobrecargar una clasificación. Es un campo reservado a un pequeño número de investigadores que deben elaborar su propio instrumento y herramienta de investigación con la condición de que, como ustedes dicen, aparezcan por ejemplo para la anorexia del lactante dos grandes tipos, y que se las tenga en cuenta ulteriormente en las clasificaciones. Pero, por ahora, es un campo de investigación para el cual es necesario que los investigadores tengan su propio instrumento. Volviendo a lo antedicho, en el campo de las clasificaciones hace falta una, lo más general posible, con un tronco común para todas las edades y con módulos particulares de clasificación más sofisticados para determinadas franjas de edad; pero sin comenzar haciendo clasificaciones para cada edad pues es cierto que en el fondo la clínica de la primera edad y la clínica del adolescente tienen muy pocas cosas en común.

Vertex: *La primera escala de evaluación era francesa, el test Binet Simon, ¿podemos decir que es un ancestro de las clasificaciones actuales, o se trataba de otra cosa?*

N. Quemada: Creo que era otra cosa; así y todo, era la manifestación de un deseo de clasificar. No se trata del ancestro de las clasificaciones pero es el ancestro de todas las escalas de evaluación que constituyen finalmente la etapa previa a la clasificación.

Vertex: *En todo este trayecto, ¿cuál fue la influencia de la clasificación propuesta por Anna Freud en*



1970, pensando sobre todo en una de sus grandes ideas: los mecanismos de defensa del Yo?

N. Quemada: En la clasificación francesa para la categoría de las neurosis del niño y del adolescente, los trabajos y la clasificación propuestos por Anna Freud están muy presentes. He aquí la gran diferencia de esta clasificación y su especificidad con respecto a otras.

La clasificación francesa cuenta con el mérito de ser más clara respecto de sus orígenes, y respecto de las teorías que sus autores sostienen. Aunque pueda ser utilizada por los psiquiatras de todas las escuelas, lo cierto es que defiende una teoría subyacente, una teoría más clara que las otras clasificaciones.

Vertex: *Las neurosis y las disarmonías se abordarían según cierta concepción de los mecanismos de defensa del Yo.*

N. Quemada: Efectivamente.

Vertex: *Entonces si continuamos hablando del origen de la CFTMEA hay un punto que parece bastante oscuro, se trata del lugar relevante del concepto de personalidad en esta clasificación y la dificultad intrínseca a ese concepto. ¿Qué ganamos al hablar de personalidad en vez de estructura?*

N. Quemada: Lo que se intenta ganar es, en el fondo, unir un cierto número de psiquiatras, sean cuales fueren los mecanismos que hacen entrar en juego para describir un cierto número de trastornos. Creo que allí encontramos, como en todas las clasificaciones y sin escapatoria, un cierto depósito de todo lo que no se llega a clasificar en otro lado. Se retuvo entonces el término de personalidad o de trastorno de la personalidad. Esto no une a todos los psiquiatras y es cierto que no es tan sencillo hablar de patología de la personalidad en los niños. Por otra parte, en el título de este capítulo se intentó aligerar el pe-

so que representa la patología de la personalidad. Evidentemente se procedió de esta manera para decir que entre las neurosis y las psicosis existe otro tipo de trastornos con mecanismos diferentes, con una psicopatología diferente. Se los reagrupa allí, pero no por ello se ha tratado de resolver el problema de las personalidades, y creo que el de las patologías de la personalidad en niños de menos de 10 años es algo de mucho peso.

Vertex: *La CFTMEA ¿posee una buena interfabilidad?*

N. Quemada: En la clasificación francesa existe un glosario que acompaña las categorías. Es importante el hecho de que no haya suficientes estudios de fidelidad sobre esta clasificación, cosa que habrá que hacer en el interior mismo de la clasificación y comparándola a otras formas de clasificación. Los estudios de interfabilidad que se realicen a la vez sobre la clasificación francesa y sus equivalentes con la CIE10 serían un mejor punto de apoyo.

Vertex: *¿El concepto de disarmonía, todavía es válido.*

N. Quemada: No puedo responder a eso. No sé si es válido. Pienso que por el momento es un concepto en suspenso. El capítulo entero sobre las personalidades es lo que permite clasificar los trastornos que no entran ni en las psicosis ni en las neurosis. El concepto de disarmonía es más bien operatorio, es un concepto que merece ser investigado sin duda, pero que no está sustentado por ahora.

Vertex: *En efecto, lo más perturbador es que uno tiene la sensación de que su asidero es más bien fenomenológico que estructural, lo cual deja las cosas en una nebulosa.*

N. Quemada: En efecto, permite esa nebulosa. En una clasificación se trata de un diagnóstico de espera, es decir que mientras se espera que se haya sustentado un concepto mucho más duro, el primero permite clasificar un cierto número de trastornos que de hecho sólo se definen por su descripción. Oponemos así el concepto de disarmonía al florecimiento de diversos trastornos de conducta o de trastornos mixtos de la conducta de las otras clasificaciones. Es responder a una nebulosa con otra nebulosa. Pero se trata de una nebulosa unitaria.

Vertex: *En el Centro Alfred Binet, durante las sesiones de clasificación, había un diagnóstico estructural inmediato y un diagnóstico de pronóstico, es decir, en un momento T dado se hacía un diagnóstico basado en un cierto número de signos y luego se elaboraba un pronóstico sobre el cual se trabajaba. Las disarmonías quedaban un poco de lado.*

N. Quemada: Creo que aparece aquí un problema teórico: una clasificación de los trastornos debe comprender un pronóstico, pero ¿no entramos en

tonces en el campo de la investigación? Si volvemos al DSM-III y a las investigaciones hechas sobre los trastornos de conducta a partir de sus criterios DSM-III, el mayor problema que se plantea es que existen trastornos de conducta que tienen influencia sobre el plano del pronóstico y otros que no. Simplemente, no contamos con criterios que permitan determinar cuáles serán los que tendrán un mal pronóstico y cuáles los que, en un momento dado, tendrán ese pronóstico. Sólo el estudio longitudinal permite responder a este interrogante y permitirá, quizás, tener indicadores más directos.

En el cuestionario hecho en el Centro Alfred Binet había una muy buena orientación de las investigaciones y sería una pena abandonar esta idea de pronóstico, pronóstico psicopatológico, pronóstico global, pronóstico psico-social. Así y todo, considero que atañe al campo de la investigación más que al campo de la clasificación de los trastornos porque si no, nos arriesgamos a complicar infinitamente una clasificación que de por sí no es simple.

Vertex: *Pasamos al gran capítulo que sigue. Al escucharla a usted, en efecto, aparece mucho la CIE10 y muy poco el DSM-III. ¿No hay acaso en Francia psiquiatras de niños que trabajan con el DSM-III? Al menos tienen que estar los cognitivistas.*

N. Quemada: Si, por supuesto. Hay paidopsiquiatras que trabajan con el DSM-III por varios motivos. En primer lugar, porque hallaron que el DSM-III aportaba algo, aportaba en mi opinión la posibilidad de tener criterios diagnósticos, mientras que el punto débil de la clasificación francesa, para mí, es que aporta un glosario, pero no criterios de diagnóstico. Es un reproche que se le puede hacer, es su punto débil pero también su honor.

Vertex: *Efectivamente, toma la clínica caso por caso. Es decir que no trata a toda costa de ubicar a los niños en una categoría diagnóstica. Da la impresión de que la clasificación francesa al referenciarse al psicoanálisis intenta preservar algo de la singularidad de cada uno.*

Pero para alguien más pragmático, más orientado hacia la epidemiología, esto podría ser un freno.

N. Quemada: Puede ser un freno, y es una de las razones por las que ciertos paidopsiquiatras trabajan con el DSM-III. Sin embargo no trabajan en todo con el DSM-III. Es uno de los reproches que podemos hacerle al mismo. Están las buenas categorías, es decir, aquellas donde los criterios funcionan bien y luego están todas aquellas en las que, en el fondo, uno se ve obligado a llegar prácticamente al síntoma y es a partir de ese momento que volvemos a la diferencia entre el DSM-III y la clasificación francesa, que es una clasificación categorial, pero que aporta categorías con sentido. El DSM-III en sus divisiones cada vez más amplias no presenta más el sentido del síntoma. Por lo tanto, esto permite obtener buenos

criterios, aunque, como es sabido, se lo haya criticado mucho así como también al DSM-III-R, críticas más de los americanos que de los franceses, a propósito de que los criterios correspondían muy mal a los niños, sobre todo para los de menos de 6 años.

No se si el DSM-IV aportará algo mejor en este aspecto, pero lo cierto es que el DSM-III-R fue muy criticado por sus mismos autores, a nivel de los criterios para la utilización en paidopsiquiatría, sobre todo cuando se trata de niños pequeños. En Francia algunos lo utilizaron por motivos prácticos, es decir, para publicar en revistas internacionales y en particular, en revistas anglosajonas. Esto también influyó mucho en la utilización o no del DSM-III y los criterios de diagnóstico.

Me gustaría volver a la CIE10 porque me parece que ha intentado con las diferentes versiones de su capítulo V, aportar algo mucho más matizado que el DSM-III; en particular tiene una versión clínica que aporta matices no presentes, por ejemplo en la versión criterios de investigación. Es decir que aporta varias versiones de una misma clasificación para usos y objetivos diferentes. Es mucho más útil para sus fines que los clínicos utilicen la versión clínica de la CIE10 a que utilicen únicamente la versión criterios de investigación adonde se está encerrado en algo que puede ser muy poco cómodo respecto de la realidad clínica de los trastornos. Cuando en el fondo, el médico tiene una intuición clínica más fuerte que los criterios, tiene todo el derecho a usarla.

Vertex: Pareciera que en el DSM-III, para los adultos, los modelos de entrevistas estructuradas sugerirían casi que un técnico podría conducir las sin necesidad de un psiquiatra.

N. Quemada: No es sólo una sugerencia. Si pensamos en el instrumento estructurado derivado del CIDJ que se utiliza también para llegar a una clasificación en la CIE10 y en el DSM-III-R o en el DSM-IV, vemos una entrevista estructurada de la que se dice que conviene hacerla sin un especialista. Por dos motivos: en primer lugar porque el especialista desea siempre interpretar la respuesta, es decir, asume el rol de clínico o especialista respecto de las respuestas dadas; y en la estructura misma de la entrevista, se debe sobre todo no cuestionar ni la forma de las preguntas ni la forma de las respuestas.

Vertex: Entonces nos encontramos con lo propuesto por Rutter: no más necesidad de estar con el niño, basta con tener a uno de los padres. Rutter mismo dice haber abandonado las entrevistas con los niños en 1976 porque cree saber más pasando por un tercero, padres o educadores.

N. Quemada: En realidad, Rutter utilizaba una entrevista semiestructurada con los niños y un examen clínico. De sus sucesores, o en todo caso de los que usaron luego sus instrumentos, un cierto número no abandonó la entrevista con el niño y hay investigadores, en particular epidemiólogos, que para estable-

cer un trastorno requieren la convergencia entre los tres, en la medida en que los maestros o padres del niño describen tal vez mejor ciertos trastornos. Pero otros trastornos se pueden descubrir, en general, sólo en el niño.

Vertex: Están implicados directamente, por lo tanto no es claro cómo podrían dar testimonios justos.

N. Quemada: Por supuesto, y si bien Rutter pudo haber abandonado, muchos otros continúan con las tres entrevistas, en particular Crombonne en Francia, quien hizo el estudio de población general en los niños con tres tipos de entrevistas: padres, maestros y niños.

Vertex: Veamos ahora el tema de la clasificación de la incapacidad y todo lo que ella implica. ¿Cuál es la utilidad del esquema de Wood en psiquiatría?

N. Quemada: En mi opinión, su interés radica en que permite abordar las consecuencias de los trastornos mentales, que permite abordar las incapacidades y las desventajas que representa esta patología para el niño y para su entorno. Estas consecuencias no dejan de tener interacciones y retroacciones sobre la evolución de la patología misma y esto obliga al psiquiatra a salir del mecanismo único.

No se si los behavioristas llamarían a esto "pathogenic reinforcement", pero pienso que es una manera más estructurada de abordar el hecho de que la patología del niño desborda el marco de la psicopatología infantil. Si queremos intentar ver una cadena más lógica y más objetivable entre la patología del niño y las consecuencias de esta patología, a la vez en el niño, pero sobre todo en la familia y sus consecuencias en retroacción —lo que los ingleses habían estudiado muy bien en los mecanismos de defensa de los padres frente a los trastornos del niño y lo que va a resultar como consecuencias en los trastornos de este último— este esquema de Wood, que toma a la vez la patología y sus consecuencias en términos de incapacidad y de desventaja, constituye un aporte considerable. Se trata de un esquema que podría ser adaptado muy bien a la patología mental del adulto. Pienso en las consecuencias que puede tener la presencia de un joven adulto esquizofrénico en el seno de una familia. Estudiar las interacciones entre las consecuencias de la esquizofrenia sobre el equilibrio mental o la salud mental de los padres y a la inversa es un aporte para la psiquiatría. No se trata de la interacción como a nivel del lactante sino de acciones y reacciones entre la patología de un individuo y su medio. El esquema de Wood permite establecer niveles diferentes y en todo caso, objetivar etapas y posibilidades de acciones y reacciones.

Vertex: ¿Podríamos decir que nos informa a la vez sobre las consecuencias de la psicopatología en el medio social del niño y la naturaleza de su socialización y al mismo tiempo, sobre el lugar que este ocupa en la dinámica familiar?

N. Quemada: Allí radica su originalidad, pero hay también gracias a este esquema de Wood una mejor comprensión de la patología mental infantil y adolescente, entre la visión médica del psiquiatra y la visión de los padres. El psiquiatra se interesa, en todo caso al comienzo, por la psicopatología, pero lo que más interesa a los padres y lo que pueden ver mejor son las consecuencias de la patología, es decir, a nivel de las incapacidades y desventajas que representa la patología de su hijo. El esquema de Wood que va de la patología a la desventaja social y al lugar de esta patología en las interacciones sociales, permite establecer un lazo más objetivo entre lo que ve el psiquiatra, lo que está buscando y lo que ven o buscan los padres. En psiquiatría del adulto, creo que el paciente está más perturbado por las consecuencias de su enfermedad que por su enfermedad en sí misma.

Vertex: *Abordemos la última parte de nuestra entrevista: las implicancias ideológicas. ¿Cómo ocupan el espacio en esta clasificación las diferentes áreas de influencia? ¿La CFTMEA tiene un peso importante en la OMS?*

N. Quemada: La importancia de la clasificación francesa era, en un primer momento, ofrecer en el plano científico una clasificación aceptable para la mayoría de los paidopsiquiatras en Francia, y permitirles a partir de allí, familiarizarse con una clasificación. Desear que fuera compatible y aceptada por la OMS que es en realidad una instancia internacional, no es únicamente apostar a que una vez que los paidopsiquiatras en Francia hayan aceptado y trabajado con la clasificación francesa, aceptarán luego una clasificación internacional.

A partir del momento en que se puedan hacer trabajos franceses con una clasificación compatible con la clasificación internacional, para ellos será la única manera de actuar, en el futuro, sobre lo que será más tarde la clasificación internacional. En mi opinión, ya no nos podemos permitir lo que durante tanto tiempo nos hemos permitido decir en Francia: la clasificación internacional es nula, el DSM-III es estúpido, nosotros en Francia hemos inventado todo desde Pinel en adelante, por ende somos mejores que los otros, así pues nuestra nosografía es la única que sirve, por lo tanto rechazamos todas las demás; y si los otros no quieren escucharnos, peor para ellos. Si queremos poder sostener posturas teóricas es necesario que se hagan trabajos que permitan decir: aquí estamos nosotros en Francia, pensamos que la psicosis disarmónica significa algo porque hemos hecho diferentes trabajos que nos han demostrado tal y cual punto, y todo esto tiene por base trabajos clínicos, trabajos epidemiológicos serios, científicos, publicados, que nos permiten tener un determinado peso y ser escuchados en una mesa internacional. Y mientras no actuemos así, no seremos escuchados y con justa razón, pues no se puede decir: estamos aquí porque les llevamos a ustedes un siglo de adelanto.

Hay en la actualidad una investigación sobre la angustia de separación. Contamos con una encuesta epidemiológica sobre todos los casos de angustia de separación vistos durante tres meses en un cierto número de servicios de paidopsiquiatría, con la necesidad de clasificar los otros trastornos que acompañan la angustia de separación; se trata ya sea de una angustia de separación aislada, ya de una angustia de separación en una estructura psicótica o en una estructura neurótica.

Si un conjunto de trabajos hechos de este modo permite demostrar que la angustia de separación en sí misma no significa nada en el plano del pronóstico, en el patológico y otros, pues bien, en una clasificación internacional posterior se tendrá en cuenta este resultado. Pero si llegamos diciendo en nuestra clasificación: la angustia de separación no significa nada, no es nada, no es una entidad, entonces, nadie nos escuchará, ya que, de hecho, existen niños que presentan una angustia de separación que no tiene quizás el mismo sentido, pero así y todo es necesario que haya trabajos que permitan sostener esto. Si queremos defender algo, lo haremos con esta perspectiva que tiene por base sólidos trabajos clínicos.

Vertex: *¿Existen luchas internas entre las diferentes corrientes: genetistas, conductivistas, psicoanalistas?*

N. Quemada: Tengo la impresión de que esto es menos importante a nivel de la paidopsiquiatría que de la psiquiatría general. Aunque más no fuera porque ninguna de las corrientes ha aportado la prueba de algo determinante en verdad. Pero sí es cierto en psiquiatría del adulto. La destrucción del mito, por ejemplo, de que la psiquiatría biológica iba a demostrarlo todo hace que el campo de la psiquiatría biológica sea mucho menos invasor y exclusivo en todo otro tipo de investigación, y es así como el relativo fracaso del psicoanálisis encierra en sí mismo el fracaso relativo de cada una de las escuelas; no se trata quizás del comienzo de un ecumenismo que por otra parte no sería la mejor solución, pero este fenómeno hace que cada escuela esté menos cerrada a lo que las otras pueden aportar. Creo que lo que se debe hacer una vez que se han llevado a cabo las investigaciones es no decir que se han hecho con una base atórica, esto no significa nada y no es nada progresista. Es necesaria una teoría que resulte tal vez no tan justa, pero se puede progresar solamente gracias a conceptos y a una ideología argumentada. Si no se tiene una buena hipótesis, no veo cómo se pueda intentar avanzar ■

El texto completo en castellano de la Clasificación Francesa de Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente (CFTMEA) puede ser solicitado en la redacción de Vertex, o a sus promotores.



LAS FORMAS FENOMÉNICAS DE LA LOCURA

Emil Kraepelin

Emil Kraepelin (1856-1926) propuso ocho clasificaciones sucesivas de las enfermedades mentales, fundadas en las nociones de evolución y estado terminal y expuestas en las respectivas versiones de su "Tratado de Psiquiatría", publicado entre 1883 y 1915. En esta vasta obra se han señalado con frecuencia un período anterior y otro posterior a 1900. Sus construcciones nosográficas, que siempre privilegiaron la delimitación y la descripción de entidades mórbidas, a la investigación de los mecanismos psicopatológicos de las mismas, reciben, después de 1900, los embates de la crítica de los autores franceses y de los psicodinamistas alemanes. El autor ya no podía sustraerse a las mismas, pero, formado como estaba en la escuela organicista y neuropatológica alemana del siglo XIX, reaccionó, en su inten-

to de lograr una formalización rigurosa, con una minucias aún mayor en el detalle clasificatorio. Sin embargo, en 1920, tal cual atestigua este artículo hasta hoy inédito en castellano, sus reflexiones intentaron encaminarse por otros senderos.

Mérito de Kraepelin que lo ubica junto a aquellos que intentaron seguir los fenómenos de la enfermedad mental, aun a despecho de sus propias ideas; de aquellos en cuya obra, el peso de la doctrina y del estilo del autor se ofrecen más que se ocultan, a todos los cuestionamientos. Contraste con la ciencia actual que quiere ocultar, tras una no discutida "objetividad de sus clasificaciones", al sujeto que la produce, intentando así ponerlo a salvo, tanto como a su producto, de toda crítica.

Ricardo A. Pussetto



Repetidas veces en los últimos tiempos ha sido expresado el pensamiento de que la investigación clínica psiquiátrica habría llegado en cierto modo a un punto muerto. El proceder hasta hoy ensayado para delimitar las formas de la enfermedad tomando en consideración las causas, los fenómenos de la enfermedad, el curso y el desenlace, así como los hallazgos de autopsia, se ha desgastado y ya no sería satisfactorio. Tendrían que intentarse nuevos caminos. No se podrá negar a ese tipo de opiniones cierta legitimidad. Cuando uno comienza por vez primera a observar cortes de tejido nervioso con la ayuda del microscopio, cada día trae nuevos descubrimientos; hoy, sólo mediante la aplicación de los más refinados medios auxiliares técnicos es posible alcanzar aquí progresos esenciales. Así también una ampliación de nuestros conocimientos de las formas de la enfermedad, ahora que las preguntas más inmediatas parecen medianamente aclaradas, no es accesible sin esfuerzo. Cuanto más profundamente penetramos, tanto más grandes devienen las dificultades y tanto más perfeccionados tienen que ser los instrumentos con los cuales trabajamos. Pero a pesar de todo eso nuestros éxitos son cada vez más modestos. Nos tendremos que conformar con este desarrollo, que se corresponde absolutamente con las experiencias generales de la investigación científica.

En estas circunstancias es ciertamente correcto formular la pregunta acerca de si no hay nuevas metas y caminos del trabajo clínico que abran perspectivas más prometedoras. Naturalmente la mirada se dispone aquí a una actividad puramente ordenadora de una delimitación y un agrupamiento, una muy alta y muy satisfactoria tarea, para lograr un entendimiento de la esencia y de la conexión última

de los procesos de la enfermedad. Quisiéramos conocer la intrincada multiplicidad de los trastornos anímicos no sólo en sus conformaciones exteriores, si no también indagar las leyes de su producción; aprender a conceptualizarlos como el resultado de determinados supuestos previos.

Nadie negará que la solución de tales tareas será inusualmente estimulante y digna del sudor de los nobles. La dificultad consiste solamente en encontrar caminos que conduzcan confiablemente a esa meta. Para el agrupamiento de las formas de la enfermedad tenemos una guía medianamente segura en la exigencia de que para constituir una unidad clínica, los casos reunidos tienen que coincidir entre sí en todos los rasgos esenciales de su comportamiento total. Los hechos de la observación clínica nos aportan los fundamentos para nuestra decisión. Pero ¿qué caminos se nos abren para alcanzar una mirada de la historia íntima del surgimiento, de la "estructuración" de un caso de la enfermedad, y qué garantías tenemos de que los conocimientos así ganados corresponden a la realidad?

Ajustándonos al marco de la ilación de pensamiento precedente, quisiéramos, en las siguientes discusiones, prescindir completamente de las aspiraciones a investigar los fundamentos corporales de las enfermedades mentales, y limitarnos a la pregunta acerca de cuán ampliamente y con cuáles medios auxiliares clínicos es posible abrirse paso hacia una mejor comprensión de las formas fenoménicas de la locura.

La extraordinaria multiplicidad de cuadros clínicos que corresponden al mismo padecimiento básico, indican ya sin más que sus condiciones de surgimiento tienen que ser muy enmarañadas. Aun ahí donde lesiones externas unívocas, como una herida en la cabeza o efectos tóxicos, producen el cuadro clínico, ellas inciden sobre un órgano que tiene tras de sí un desarrollo personal y filogenético infinitamente variado. La estructuración general del tejido nervioso, la

disposición heredada a partir de la vivencia de incontables generaciones y, finalmente, los destinos personales del enfermo, actúan en conjunto para influir ampliamente el cuadro clínico provocado por una causa determinada y darle al fin también su impronta totalmente personal. Naturalmente todas esas condiciones previas son absolutamente decisivas en aquellas formas de la enfermedad que se producen sin la colaboración de noxas exteriores, sino exclusivamente a partir de los estados de la personalidad dada.

Estas consideraciones nos llevan a interpretar que a las causas exteriores de la locura podrían caberles probablemente una influencia completamente genérica y orientadora sobre la estructuración del cuadro mórbido, mientras que los rasgos singulares provendrían de la idiosincrasia del enfermo. Parece en efecto absurdo suponer que la metasífilis provocaría la representación de la posesión de sumas millonarias, automóviles y casas de campo, y la cocaína la percepción engañosa de arácnidos o piojos, etc. En las ideas de grandeza mencionadas se reflejan mucho más los deseos ordinarios del enfermo, mientras que esas ilusiones recién alcanzan su contenido particular mediante la elaboración anímica de los trastornos de la visión y de la sensación causados por la cocaína. Lo que las lesiones externas provocan, se limitaría, en síntesis, a la necrosis, parálisis, excitación o inhibición de partes constitutivas del cerebro más o menos extendidas o circunscriptas. Las consecuencias inmediatas de ello serían el fallo, la insuficiencia, la obstaculización o la facilitación de tales o cuales rendimientos anímicos, fenómenos irritativos, estados de excitación o de estupor, así como alteraciones del humor de diferentes coloraciones. La gran diversidad en el relleno de este bosquejo general proviene de las condiciones previas en que la influencia enfermante sorprende a la personalidad del paciente.

Si esas opiniones son acertadas al menos aproximadamente, en-

tonces tendremos que buscar la clave para la comprensión de los fenómenos de la enfermedad especialmente en las propiedades generales o especiales de la persona enferma. En el contenido de las ilusiones y de los equívocos de la percepción jugará un rol determinante la expectativa influenciada por la situación supuesta o efectiva y por las vivencias previas. Los trastornos

de la memoria se extienden en primera línea a las huellas mnémicas poco ejercitadas, que permanecen alejadas del radio de acción personal y las acentuadas displacenteramente que están expuestas bastante frecuentemente a amplia represión y transformación. La formación delirante está absolutamente bajo el dominio de necesidades anímicas y constituye la expresión de los temores, deseos y esperanzas generales y personales. La totalidad del pensamiento del enfermo y su elaboración de los acontecimientos vitales son determinados en gran medida por las mismas influencias y además naturalmente dependientes de la predisposición, de la educación y, sobre todo, también de los hábitos generales de pensamiento firmemente establecidos en el lenguaje.

También las mociones afectivas que se destacan en la enfermedad se mueven esencialmente por los caminos delineados previamente por las condiciones de vida. Es sin embargo seguro que determinadas disposiciones anímicas pueden ser engendradas inmediatamente por influjos patológicos. Las intoxicaciones por alcohol, cocaína, opio y hashish dan ejemplo de ello. Pero también las repercusiones clínicas de tales estados de ánimo, sus formas de expresión y su influencia sobre la percepción, el pensar y el actuar, son absolutamente dependientes de las condiciones previas dadas en el enfermo. Lo mismo vale para las expresiones de la voluntad. Los tóxicos pueden in-

hibir o estimular la voluntad, los procesos de la enfermedad pueden destruirla definitivamente, pero en todas las circunstancias la estructuración de las acciones y movimientos está determinada por los dispositivos previamente formados, que se han desarrollado como herramientas de nuestra voluntad. Los movimientos expresivos y los actos de voluntad a los



que finalmente tenemos que agradecer todos nuestros conocimientos de los procesos anímicos ajenos, son quizás especialmente apropiados para permitirnos sacar conclusiones sobre las condiciones de surgimiento de los cuadros clínicos de la enfermedad.

Para lograr un entendimiento más profundo de la fenomenología de la enfermedad hay, hasta donde veo, principalmente dos caminos. Uno es aquel de la "poética comprensión afectiva" de los procesos anímicos que ocurren en nuestros enfermos y que se ha llamado "empatía". Intentando ubicarnos en su alma podemos indagar las raíces de sus manifestaciones mórbidas, dilucidar la historia del desarrollo de sus formaciones delirantes y esclarecer los móviles ocultos y que quizás remontan muy lejos hacia atrás, de sus extrañas acciones. Como es sabido el psicoanálisis afirma haber logrado grandes cosas en ese ámbito y, si uno pudiera creerle, habría

sido descubierto en gran medida no sólo el origen anímico de las diferentes clases de "neurosis", sino que también los múltiples y totalmente incompresibles procesos anímicos de los esquizofrénicos habrían experimentado en este camino nuevas y sorprendentes iluminaciones. Pero no han escaseado tampoco los intentos de encontrar, mediante un internarse

especialmente cuidadoso en la prehistoria anímica total de una enfermedad, los hilos que han determinado su desarrollo.

Es obvio que esa clase de intentos pueden conducir a un resultado medianamente satisfactorio sólo ahí donde la conexión anímica entre fenómenos sanos y enfermos no fue interrumpida por destrucciones violentas. Aquí vienen entonces a consideración sobre todo aquellos desarrollos anormales, en el curso de los cuales, estímulos vitales cotidianos o desacostumbrados son transformados en sentido patológico a con-

secuencia de un déficit de la personalidad anímica. Salvo las diversas desviaciones de los psicópatas, serán accesibles a esos puntos de vista especialmente los trastornos originados a partir de causas anímicas, y también las formaciones delirantes de los paranoicos, ya que podemos encontrar las raíces de esa clase de enfermedades y los procesos anímicos que ocurren en ellas, al menos alusivamente, en nuestro interior. Me resulta muy dudoso que tal camino pueda conducirnos a conocimientos útiles también allá donde el desarrollo de la enfermedad está codeterminado por influencias que residen fuera del acontecer anímico. Ello es aplicable no sólo a las formas de locura producidas por causas exteriores, sino también al amplio grupo de los trastornos anímicos cuyas condiciones de surgimiento vemos, con más o menos corrección, en las transformaciones corporales internas. La comprensible conexión anímica puede

con ello ser dislocada o quebrada de modo tan patético, que se torna manifiestamente dificultoso seguirle las huellas con los medios auxiliares a nuestra disposición.

No podemos para nada ocultar que cada intento de entender en su mecanismo íntimo una vida anímica ajena, está provisto de inmensas fuentes de error. Eso es acertado para la consideración del sano, pero lo es en grado mucho más alto sin embargo para la investigación de las personalidades patológicas. La "empatía" es un procedimiento muy inseguro que es imprescindible para el acercamiento humano y para la creación poética, pero como medio auxiliar de investigación puede conducir a los más grandes autoengaños. Puesto que ella es influida en gran medida por los propios prejuicios y necesidades permite una medida significativa de convincente certeza. Por ende es especialmente inseguro, porque no poseemos absolutamente ningún patrón de medida de la confiabilidad de ese sentimiento de certidumbre. Los aventurados edificios teóricos de los psicoanalistas que han aparecido por doquier con la pretensión de validez incondicional nos muestran contundentemente los peligros de un modo de observación cuya corrección no puede ser revisada mediante ulteriores verificaciones.

Por cierto parece haber un punto de referencia útil que podría protegernos de esa clase de extravíos; serían las declaraciones de los pacientes mismos sobre sus vivencias íntimas. Este procedi-

miento parece extremadamente sugestivo y es también indudablemente apropiado para proporcionar importantes conclusiones. Sin embargo no ofrece lamentablemente una protección segura contra autoengaños. Sólo es preciso que recordemos que muchos devaneos psicoanalíticos han sido deducidos justamente a partir de las declaraciones de los enfermos. Además de la interpretación más o menos arbitraria, a través del observador, juegan aquí por doquier un rol importante las fuentes de error muy considerables del propio juicio. La ebriedad es una forma relativamente simple y comúnmente conocida de trastorno anímico. Sin embargo, es totalmente sorprendente ver cuán equivocadas y contradictorias eran las opiniones, aun las de los observadores científicos, sobre las alteraciones anímicas que en ella ocurrían, antes de que su índole y su alcance fueran verificados mediante calculados intentos. Quien tenga a la vista tales experiencias tendrá poca confianza en las informaciones que puedan darnos los enfermos mentales sobre los procesos que en ellos se consuman y sobre la conexión íntima de los mismos. Tanto más cuidadosos tenemos que ser aquí sabiendo que la autopercepción, el recuerdo y el juicio de nuestros enfermos suelen estar perturbados por una serie de procesos de error que, en el sano, están operando tan sólo rudimentariamente. Para mostrar un ejemplo totalmente cotidiano, recuerdo las expresiones acostumbradas de los enfer-

mos melancólicos: que ellos se hacen problemas a causa de esta o aquella falta, a causa de una mudanza o por motivos científicos; que ellos han enfermado sólo por nostalgia, porque se los ha separado de los suyos; que ellos no estarían para nada enfermos sino que simulan. Aquí tenemos ocasión de ver rectificadas las falsas interpretaciones después de la curación. Pero ¿quién puede decir a cuántas conclusiones engañosas estamos expuestos si tomamos por concluyentes las declaraciones de los enfermos cuya corrección no estamos capacitados para revisar?

Claro que uno se empeñará, pese a todo ello, en sacar dentro de lo posible conocimientos a partir de esa clase de comunicaciones. Pero al mismo tiempo se mirará en torno para ver si no hay otros caminos que nos puedan facilitar un examen más profundo de la historia del surgimiento de los fenómenos de la enfermedad. Ello sería especialmente valioso si pudiéramos sacar conclusiones no sólo sobre las conexiones anímicas sino también sobre la dependencia de los cuadros de la enfermedad de la prehistoria total del enfermo. *Birnbaum* ha señalado con derecho que la conformación de los fenómenos clínicos es codeterminada no sólo por las causas decisivamente "patogenéticas" de la enfermedad, sino también y en escala aún mayor, por las cualidades congénitas y adquiridas del enfermo, así como por todos los influjos posibles, duraderos o transitorios y, finalmente, por todas las circunstancias "patoplásticas"

VILLA GUADALUPE

CLINICA PSIQUIATRICA
Director: Dr. Eduardo Kalina

TRATAMIENTOS DE ABORDAJE MULTIPLE EN PSIQUIATRIA

- DROGADICCION
- ALCOHOLISMO
- PSICOSIS
- NEUROSIS GRAVES
- DEPRESIONES
- INSOMNIO
- BULIMIA Y ANOREXIA NERVIOSA
- ESTRES

ESTUDIOS DIAGNOSTICOS INTEGRALES

- AMINOGRAMAS
- MINERALOGRAMAS
- TEST COMPUTARIZADOS
- POTENCIALES EVOCADOS
- MAPEO CEREBRAL (BRAIN MAPPING)
- ELECTROENCEFALOGRAMA PROLONGADO

INTERNACION Hoteleria de Primer Nivel

Instalados en Palermo Viejo, ofrecemos amplias comodidades para facilitar los tratamientos de recuperación (jardín, pileta de natación, sauna, gimnasio, aire acondicionado y calefacción central, sala de música y recreación, consultorios internos y externos).



SOLICITAR INFORMES Y FOLLETO A:
VILLA GUADALUPE Clínica Psiquiátrica
Ciencia contra la Dependencia

Scalabrini Ortiz 1963 • (1425) Buenos Aires • Tels.: 832-0258 / 831-2766 Fax: (541) 831-2248

que pueden influir de algún modo en el estado corporal y anímico. Justamente esa correspondencia es la que explica la gran variedad de los cuadros de la enfermedad provocados por las mismas lesiones. Vemos así una coincidencia bastante amplia de los trastornos producidos por causas de la enfermedad unívocas y poderosamente operantes, como los estados de ebriedad. Pero cuanto más validez alcancen las particularidades del enfermo en el desarrollo de la enfermedad, tanto más polimorfos serán los fenómenos clínicos.

El medio auxiliar para lograr una mirada más profunda en la dependencia de los fenómenos de la enfermedad de las condiciones previas que residen en la persona del enfermo, nos conduce a la *psiquiatría comparativa*. Si confrontamos unas con otras

grandes series de observaciones, podemos ante todo indagar hasta qué punto las cualidades generales de los humanos, el sexo, la edad, la etnia, influyen en la configuración de los cuadros clínicos. De modo semejante puede ser investigada además la significación de la profesión, el clima, las condiciones de vida generales y personales para la coloración especial de las formas de manifestación clínica. Pero mucho más importante es descubrir el rol significativo que en esa relación

compete, sobre todos los influjos hereditarios, a la disposición personal. Requisito previo para ello es la confrontación por doquier de las formas de la enfermedad de la misma naturaleza y provocadas por las mismas causas, puesto que de eso se trata aquí precisamente, para poner en claro el influjo modelador de las circunstancias mencionadas sobre los cuadros de estado que tienen su origen en fuentes homogéneas. De ello resulta que *la delimitación de los pro-*

cesos de la enfermedad se tiene que adelantar a todas las investigaciones *psiquiátrico-comparativas* y tiene también que edificar en el futuro los fundamentos a partir de los cuales se colmen las aspiraciones de alcanzar un entendimiento de la estructura íntima de los trastornos anímicos. Cada intento de elaborar esa clase de preguntas sobre la base de materiales de observación irregularmente reunidos, naufragará necesariamente ante la ambigüedad de los resultados, sobre todo ante la imposibilidad de distinguir las influencias causales y las formativas.

Justamente esa dependencia del esclarecimiento de nuestros conocimientos clínicos es el motivo por el cual la psiquiatría comparativa es hoy todavía una ciencia extraordinariamente joven y sólo oca-



sionalmente cultivada entre las otras. Sin embargo ahora ya se hacen notorias una serie de experiencias en ese ámbito, que son apropiadas para arrojar luz sobre el surgimiento de ciertas particularidades en la formación de los fenómenos de la enfermedad. Así, una diferencia de los cuadros de la enfermedad en ambos sexos se muestra en la mayor frecuencia en las mujeres de las formaciones delirantes eróticas y sexuales y en la más modesta conformación de los

delirios de grandeza parálíticos, además de en la mucho más intensa formación de los estados de excitación y distimia de todo tipo. En esos hechos se expresa la sobresaliente significación de la vida sexual en la mujer, la estrechez de su posición y de sus aspiraciones en la vida social y su incomparablemente mayor susceptibilidad afectiva. A ello hay aún que añadir el diverso manifestarse de los trastornos histéricos, que hablan, por un lado de la vitalidad de los procesos afectivos, por otro lado de la carencia de autodomínio y de la impulsividad de la descarga de las tensiones internas.

Mucho más variadas son las influencias que ejerce la *edad* sobre las formas fenoménicas de la locu-

ra. Es conocida la falta de colorido del cuadro de la enfermedad anímica de la parálisis juvenil. Hay que mencionar además la frecuencia del reflejo de Babinski que hace recordar la época de la lactancia, y la aparición no raramente observada de muy numerosos casos epileptiformes que podrían ser puestos en relación, en efecto, con el hecho de que aquí es reiteradamente comprobable una conexión con enfermedades sifilíticas del cerebro. También los fenómenos clínicos de la demencia precoz, que se instala en la infancia constituyendo el prólogo de las "Pfröpfhebefrenias"¹, suelen ser pobres, simples y burdas demencias, a veces con agitación impulsiva, un signo a favor de que aquí, como en la parálisis, los procesos de la enfermedad no encuentran ni remotamente, en la vida anímica, las posibilidades de organización y repercusión que en

demencia precoz, que se instala en la infancia constituyendo el prólogo de las "Pfröpfhebefrenias"¹, suelen ser pobres, simples y burdas demencias, a veces con agitación impulsiva, un signo a favor de que aquí, como en la parálisis, los procesos de la enfermedad no encuentran ni remotamente, en la vida anímica, las posibilidades de organización y repercusión que en

N. T. 1. He traducido así la expresión "läppische Verblödung" que Kraepelin utilizó con frecuencia para referirse a la Hebefrenia. El adjetivo läppische califica algo como pueril, necio, tonto o idiota.

el adulto. Que, dicho sea de paso, las enfermedades cerebrales destructivas producen en el cerebro infantil, por un lado un efecto digno de respeto dado que aniquilan los gérmenes del desarrollo y, por otro lado, encuentran sin embargo condiciones más favorables de compensación, no requiere ninguna otra explicación. Reiteradamente vemos en esa edad, en ocasiones hasta alrededor del final del segundo decenio de la vida, presentarse con fuerza ciertas mociones pulsionales primitivas que excepcionalmente se pueden conservar a lo largo de toda la vida. A ellas pertenece ante todo la pulsión, anudada al impulso a la libertad del animal, de faltar a la escuela, vagabundear, bailar, además de la tendencia a lo aventurero que lleva a los niños, armados hasta los dientes, a emprender el viaje hacia lejanos países, y la inclinación a exponerse a involuntarias condiciones de vida, a exagerar, y a inventar. También la pulsión tan frecuente en los niños a comer golosinas y a robar, podría tener sus raíces en las mociones naturales de la codicia. Quizás admitan una interpretación parecida otras direcciones pulsionales patológicas.

Los años del desarrollo imprimen generalmente, a los cuadros de la enfermedad que surgen de aquí en adelante, la impronta de los estímulos vitales y las alteraciones del humor que, alusivamente, acompañan a las mociones sexuales sanas. A ese fenómeno corresponde en la criminalidad la gran frecuencia de delitos crueles y pasionales en los mismos períodos de la vida. Si también en la demencia idiotizante² aquí tan frecuentemente observada, hemos visto cómo opina *Hecker*, una coloración de la forma clínica causada por el desequilibrio propio de la madurez sexual incipiente, seguirá quedando en tela de juicio. Pero en algunos casos la frecuencia de los trastornos histéricos experimenta un incremento condicionado por la vehemencia y la impulsividad de los procesos afec-

tivos todavía poco firmemente dominados por la voluntad. La coloración peculiar, ingenua-escafofrante, de los estados crepusculares histéricos, recuerda aquellas formas de dramatización, como las del cine al cual es tan afecta esa edad. La locura maniaco-depresiva suele adoptar bastante frecuentemente la forma de la manía. En la vida pulsional juegan un rol dominante los procesos sexuales. El paso de la asexualidad, a través de la homosexualidad, ligada al rechazo del otro sexo, y de la bisexualidad, hacia la dirección pulsional normal, está enlazado al peligro de un desplazamiento duradero de la meta sexual, la cual es preparada ante todo por el onanismo. Así va a detenerse en uno de los peldaños intermedios, deslizarse hacia circunstancias acompañantes accesorias en el fetichismo, y finalmente al sadismo y al masoquismo, quizás como efecto ulterior de mociones pulsionales antiguas, provenientes de la lucha de los sexos.

Los próximos decenios están caracterizados ante todo por la frecuencia y la variedad de las formaciones delirantes, que aparecen con forma más elaborada interiormente y sometida a la vida espiritual, mientras que anteriormente suelen ser fugaces e inconexas. Esa vívida elaboración espiritual de las relaciones existenciales la encontramos en las más diferentes formas de la enfermedad de los períodos etarios intermedios, en la locura maniaco-depresiva y en la parálisis como en la demencia precoz y sobre todo en la paranoia, francamente típica de esos años. Bien podríamos volver a encontrar en ello la inclinación de la edad madura a tomar posición frente al mundo circundante para formarse una visión de la vida y del mundo. La mayor independencia y responsabilidad en la conducción autónoma de la lucha por la existencia, obliga por sí misma a valorizar los influjos del entorno en su significación para el propio bienestar, y esta dirección de pensamiento podría también llegar a tener validez en las formaciones delirantes, en las falsificaciones de la memoria, y las ilusiones; los deseos, temores y esperanzas adoptan la forma adecuada. Por otro lado, los trastor-

nos de la voluntad, que son los propios de la demencia precoz, quedan más en segundo plano, porque quizás los rasgos fundamentales de la disposición volitiva están ahora hace tiempo fijados y congelados. En las formas fenoménicas de la locura maniaco-depresiva, los estados melancólicos ganan en extensión de modo completamente gradual, correspondientemente a la oscilación de la alegría esperanzada y al afán de gloria juveniles, a la concepción de la vida cada vez más seria y más triste y al incremento general de la frecuencia del suicidio con el aumento de la edad.

Ese cambio de la disposición anímica se refuerza significativamente en los años propios de la involución, sobre todo en la mujer con acusadas limitaciones de la vida sexual. Las formaciones delirantes, que también aquí son frecuentes en las diferentes formas de la enfermedad, muestran un contenido depresivo preponderante. La coloración no raramente erótica o sexual en el sexo femenino, recuerda el avivamiento de las pulsiones sexuales en las mujeres que envejecen. Cada vez más parece hacerse válido entonces gradualmente el sentimiento de fracaso, de indefensión, de déficit corporal en los procesos de pensamiento patológicos, en los delirios de empobrecimiento ajenos a la juventud, en las representaciones nihilistas e hipocondríacas. Que secundariamente los cuadros de la enfermedad son dominados, en medida cada vez mayor, por las secuelas de procesos destructivos, aquí sólo necesita ser indicado.

Casi completamente inexploradas todavía están, por el momento, las relaciones entre *etnia* y formación de la locura, si bien de aquí fluirían seguramente ricas fuentes de conocimiento. En efecto, ha sido ya reiteradamente señalado que los cuadros de la enfermedad que aparecen en los judíos, sobre todo del este, no raramente ofrecen rasgos desviados, "degenerativos" e histéricos, pero una exacta presentación de esas particularidades no parece ser posible por el momento. Es además seguro que en el comportamiento de los enfermos mentales de distintos países y linajes se pueden observar ciertas diferencias. Sin embargo

N. T. 2. He decidido mantener la designación alemana "Propfhebefrenia", introducida por Kraepelin en 1913 para designar una combinación de debilidad mental y hebefrenia.

también aquí falta todavía completamente una investigación más penetrante que también a causa de la heterogénea composición de la población manicomial, ofrece dificultades muy sobresalientes. Si bien algo sabemos sobre singulares formas de la enfermedad anímica que son observadas aquí y allá y que pertenecen en su mayoría al campo de los trastornos histéricos, no sabemos sin embargo absolutamente nada sobre la conexión de tales fenómenos con la peculiaridad anímica de los pueblos afectados. Que sin embargo la psiquiatría comparativa puede conducir a importantes resultados, me lo han mostrado mis experiencias en Java. Me resultó muy sorprendente el hecho de que allá, entre los enfermos nativos, parecían faltar completamente las melancolías, mientras que pude verificar estados maníacos en un número no pequeño. Eso se corresponde además con la observación de que el suicidio en los enfermos de allá es poco menos que desconocido. Es de suyo comprensible que no haya tampoco ningún delirio de punición que tenga su raíz en las representaciones religiosas. No pude en absoluto encontrar mociones que se correspondieran con nuestros marcados sentimientos de culpa o de responsabilidad. La masa principal de las formas de la enfermedad que constituye la demencia precoz, me pareció discurrir principalmente bajo el cuadro de confusos estados de excitación, mientras que el estupor negativista tan frecuente entre nosotros era poco comprobable. Las ilusiones auditivas pasaban totalmente a un segundo plano, quizás a causa del pequeño rol que juega el lenguaje en el pensar de los enfermos de allá. También las formaciones delirantes parecían ser mucho más raras y más pobres que entre nosotros, a causa, supuestamente, de que es mucho menor la necesidad de una elaboración espiritual demasiado abarcadora de las experiencias vitales.

Con mucho, la conformación de los cuadros de la enfermedad, por lo menos entre nosotros, sería influida muy fuertemente por la *idiosincrasia personal* de los enfermos. La infinita diversidad de la constitución y de los destinos vitales da a cada individuo una de-

terminada impronta anímica que sólo a él incumbe y que, naturalmente, también se tiene que hacer valer en las manifestaciones de la enfermedad. Ello se muestra totalmente en que cada contenido delirante tiene que tener evidentemente su origen en el mundo de representaciones del enfermo, pero también en que la clase de sus mociones afectivas y sus manifestaciones volitivas hunden sus raíces, en último término, en la personalidad dada previa a la enfermedad, aunque el padecimiento lleve consigo las más pesadas destrucciones, dislocaciones y trastornos.

Por consiguiente está claro que un entendimiento de los fenómenos de la enfermedad será de esperar ante todo de una investigación de la *predisposición hereditaria*. A favor de ello habla también sobre todo la coincidencia frecuentemente asombrosa de los cuadros de la enfermedad de familiares próximos, en hermanos, padres y niños. Pero si queremos alcanzar un entendimiento más profundo de esas conexiones, entonces es obviamente necesario perseguir las disposiciones hereditarias tanto más lejos hacia atrás cuanto sea posible. No sería de esperar que justamente en los pocos y últimos miembros de una serie infinita se comprobaran aquellas influencias formadoras que han contribuido a la conformación de una personalidad dada. Tropezamos sin embargo en nuestra estructura corporal y anímica con las huellas imperceptibles de grados del desarrollo anteriores inconmensurablemente distantes. Parece justificada la suposición de que una no desdeñable parte del confuso y ambiguo cuadro de la enfermedad encontraría una explicación en la ingerencia de las predisposiciones hereditarias que introducen rasgos particulares en el marco educativo. Así, el polimorfismo del cuadro de estado paralítico podría, como supone *Rüdin*, tener su motivo en que el proceso destructivo se juega sobre algún fundamento constitucional maníaco-depresivo y otras veces sobre alguno influido catatónicamente. También la coloración esquizofrénica tan frecuente en las enfermedades maníaco-depresivas y, a la inversa, la aparición de cuadros de estado maníacos en epilep-

tics y toda clase de experiencias clínicas muy sorprendentes y difíciles de interpretar podrían llevarse a cabo posiblemente por ese camino. En todo caso tenemos aquí ante nosotros un útil planteo del problema que ofrece perspectivas e incitaciones para nuevos conocimientos.

Se comprende de suyo que, además de la predisposición hereditaria pueden operar también todas las otras posibles influencias sobre la formación de la personalidad anímica, comenzando por las lesiones del embrión y las enfermedades de los primeros años de vida hasta las transformaciones provocadas por la educación y la cultura, el mundo circundante y el destino. Todas esas influencias pueden hacerse válidas para la conformación clínica de los cuadros de la enfermedad en esta o aquella dirección, aunque en detalle poco sabemos todavía sobre eso. Un ejemplo significativo de ello son las aberraciones sexuales, sobre todo el fetichismo, en el que podemos perseguir frecuentemente el singular desarrollo de las inclinaciones sexuales en conexión con ciertas vivencias impresionantes de la pulsión sexual en el adulto. Otros cuadros de la enfermedad que reciben su forma particular a través de determinadas circunstancias de la vida, son la psicosis de prisión y la psicosis de reclusión, así como el delirio de los querulantes. Los fenómenos de represión de los reclusos con prisión preventiva, se apoyan en la aspiración natural de todo inculpaado de sustraerse en lo posible a la penosa investigación y probar la propia inocencia. La coloración homogénea de las psicosis de prisión provocadas por procesos de la enfermedad totalmente diferentes, fue ya frecuentemente destacada. Ella está condicionada por la presión conjunta y desmedida de la privación de la libertad y del sometimiento impotente al poder estatal. Algo parecido vale para el delirio de inocencia y de indulto que aparece en viejos prisioneros, en el que el esfuerzo de expresión logra ahuyentar las insoportables condiciones de vida. Al delirio de los querulantes, finalmente, lo vemos surgir por doquier en formas completamente idénticas, en "falsos testigos", en condenados y en

cazadores de rentas, a partir del ardiente deseo de imponer por todos los medios sus pretendidos derechos.

Ya esa rápida mirada por encima de las condiciones de surgimiento de los fenómenos de la locura nos enseña, como *Birnbaum* ha demostrado recientemente, que al lado de los "trastornos básicos", condicionados por la causa propia de la enfermedad, tenemos que contar por doquier con "formas de manifestación" en las cuales logran expresión las propiedades congénitas así como los estados adquiridos de la personalidad enferma. Una separación de esas dos partes constitutivas de los cuadros clínicos llega a realizarse quizás burdamente bajo el punto de vista desde el cual consideramos los trastornos que, sin excepción, se reiteran en el mismo proceso de la enfermedad, como efecto inmediato de las causas subyacentes, mientras que los cambiantes fenómenos, tan pronto existentes en esta o aquella forma, tan pronto fallidos, serían atribuidos a las condiciones especiales que residen en la persona del enfermo. Así se llegaría a esclarecer también la significación destacada de algunos signos corporales para el reconocimiento de determinados procesos de la enfermedad, dado que ellos están, como los trastornos anímicos, la mayoría de las veces en estrecha relación con las influencias causales.

Por otra parte, la opinión desarrollada aquí recientemente exige sin embargo fuertes delimitaciones. Por un lado está claro que también los trastornos básicos, inmediatamente provocados por la causa de la enfermedad, tienen que estar sometidos a amplios matices y oscilaciones según la fuerza, el ritmo y la extensión de los influjos patológicos. Pero es de mucha mayor significación, por otro lado, que numerosas formas de manifestación de la locura son fijadas de una vez por todas mediante disposiciones preformadas del organismo humano y desde ahí se juegan por doquier del mismo modo donde estén dadas las condiciones previas para ello. Al lado de las peculiaridades puramente personales les incumbe una significación preponderante a las cualidades del enfermo comu-

nes a los humanos en general. Es de esperar entonces que una parte destacada de las formas de manifestación siempre se repita por ese motivo en los mismos procesos de la enfermedad, porque ella representa la respuesta natural de la máquina humana a la ingerencia patológica que hace enfermar.

En efecto, se revelará frecuentemente el origen de esa clase de fenómenos de la enfermedad a partir de las disposiciones preformadas en el hecho de que ellas no están reducidas a un determinado proceso de la enfermedad, sino que pueden ser provocadas en idéntica forma por influjos patológicos heterogéneos. Ahí residiría la más importante fuente de las dificultades interminables y apenas superables con las que tuvo que luchar desde siempre el conocimiento de los procesos de la enfermedad a partir de los signos clínicos. Si sólo nos tuviéramos que ocupar de los trastornos básicos fijados causalmente, aunque sean cambiantes en fuerza, extensión y tipo de desarrollo, nuestra tarea sería entonces bastante fácil de resolver. Los añadidos puramente personales a los cuadros de la enfermedad tampoco nos la dificultarían demasiado, a causa de su provisoriedad, irregularidad y polimorfismo. Por el contrario ello tiene que hacer casi imposible la valorización de los fenómenos de la enfermedad para el conocimiento de los procesos a ellos subyacentes, si en gran parte sólo vemos en ellos, en cierto modo, los tonos propios generales con los cuales el humano responde a las lesiones más heterogéneas. Bajo esas circunstancias estamos obligados a restringir al máximo la aceptación de que tal o cual trastorno sería característico de un determinado proceso de la enfermedad. Sin embargo los fenómenos de la enfermedad conservarán para nosotros un valor ciertamente esclarecedor. Si sus peculiaridades no son tampoco determinadas decisivamente por las causas de la enfermedad, sino más esencialmente por disposiciones de nuestro organismo, entonces su diversidad tiene que estar, por lo tanto, en alguna dependencia del tipo de agresión y de la extensión de los procesos de la enfermedad. Pero cada enfermedad tendrá en esa re-

lación sus cualidades diferenciales. Deberíamos suponer sin embargo que a un padecimiento determinado le corresponden generalmente determinadas formas de manifestación, no a causa de que los procesos de la enfermedad las provoquen inmediatamente, sino porque, según la experiencia nos enseña, ellos crean condiciones que son especialmente favorables para la tramitación de esos fenómenos. Secundariamente, siempre se encontrarán sin embargo casos en los cuales, mediante un desplazamiento de esas condiciones, se inmiscuyan o ganen absolutamente la supremacía otras formas de manifestación.

De esas comprobaciones surge que tenemos que hacer el intento de procurarnos dentro de lo posible una mirada en aquellas formas de manifestación de la locura que estamos autorizados a atribuir al juego de las disposiciones preformadas de nuestro organismo y que se repiten conforme a ellas de modo parecido en distintas enfermedades, aunque sea con frecuencia e improntas muy cambiantes. Es comprensible de suyo que se trata aquí de una tarea extremadamente difícil, para cuya solución sólo disponemos de pobres medios auxiliares. Un cierto indicio nos lo proporciona la comparación de los fenómenos de la enfermedad con las experiencias que hacemos en niños, en razas humanas no desarrolladas y finalmente también en animales. Ello mostrará que en nuestros enfermos aparecen trastornos que se pueden encontrar en forma semejante en grados más bajos del desarrollo anímico y por ello acusan relaciones con las propiedades generales de nuestro mecanismo íntimo. Ubiquémonos en el terreno de la teoría del desarrollo tal como ella nos es dada a entender ante todo por la historia del surgimiento personal de la vida anímica individual, entonces estaremos forzados a aceptar que los instrumentos anímicos que están a disposición del adulto representan la derrota de innumerables grados de perfeccionamiento progresivo. Además, a partir de ese desarrollo se conservan, sin duda, numerosos restos, cuyos rendimientos tan largamente reprimidos pueden ser reanimados por estímulos patoló-

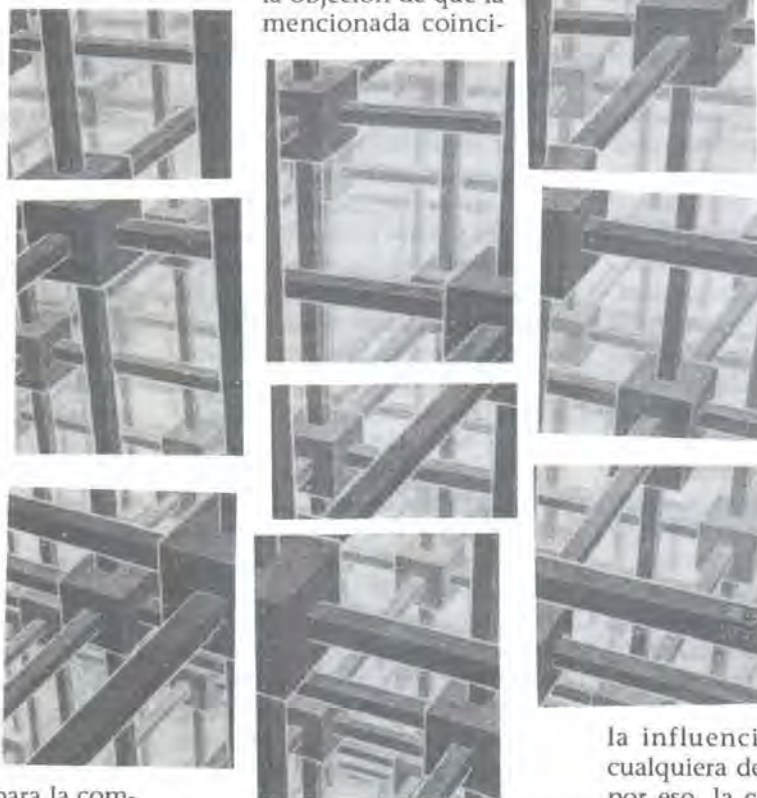
gicos. Por otro lado, instrumentos primitivos, que en el sano fueron habitualmente dominados y guiados por disposiciones superiores, pueden, por destrucción e inhibición de aquéllas, conseguir una indeseada autonomía e influir ampliamente sobre el cuadro de la enfermedad. Por ambos caminos se puede conservar una aproximación, a menudo efectivamente deformada y ocultada por extraños añadidos, de las formas de manifestación patológicas a los fenómenos de la vida anímica no desarrollada.

Aunque hoy, debido a la carencia de una psiquiatría comparativa, estamos tan poco capacitados para perseguir más lejos esas preguntas, queremos sin embargo hacer el intento de considerar brevemente algunas de las formas más frecuentes de manifestación de la locura, para dar una explicación de las opiniones aquí desarrolladas y la incitación para continuar su edificación.

En primer lugar quisiéramos mencionar los hechos detalladamente descritos por *Bohnhoefter*: que una serie de noxas que penetran desde el exterior en la corteza cerebral, sobre todo intoxicaciones e infecciones, provocan cuadros de la enfermedad que ostentan muchos rasgos comunes. Séanos permitido hablar aquí de una forma de manifestación *delirante* de la locura. Los fenómenos son preponderantemente aquellos de una más o menos intensa perturbación de la conciencia con dificultad para la comprensión, confusión, ilusiones preponderantemente visuales pero también auditivas, vivencias delirantes traumáticas, confusión del pensar, disposición tímica cambiante, más frecuentemente angustiada pero también levantada o excitada, finalmente, con estados de excitación o postración de las manifestaciones volitivas. Seguramente la conformación de estos

cuadros de la enfermedad está en la más estrecha dependencia de las noxas causales, cuyo género a veces, como en los delirios alcohólicos, podemos conocer a partir de ciertos rasgos singulares. Sin embargo me parece indiscutible que los fenómenos de la enfermedad se juegan en formas cuyas condiciones previas residen en las cualidades generales de la vida anímica. En apoyo de eso sea señalada ante todo la vivencia del sueño, cuya amplia coincidencia con los delirios es evidente. Podríamos decir que nuestro cerebro responde de idéntico modo a una serie de noxas heterogéneas y preponderantemente exteriores, en la forma corriente del estado del sueño, con las modificaciones que son condicionadas por la falta del dormir que de ordinario acompaña al sueño y ciertas singularidades de las influencias causales.

Se podría por cierto hacer la objeción de que la mencionada coinci-



dencia no será condicionada por el origen común a partir de condiciones previas anímicas, sino por la semejanza de las causas que provocan el sueño y el delirio. Dado que en el surgimiento de los delirios, los tóxicos, aun aquellos que provienen del metabolismo, juegan un rol destacado, podríamos señalar que el dormir y el sueño serían provocados por semejantes

productos del metabolismo que operan muy débilmente. A eso puede objetarse que para el surgimiento del dormir por un lado y de la perturbación delirante de la conciencia por otro, podría ser quizás admitida una reflexión como la siguiente: que por cierto el sueño representa solamente el progreso de la vida anímica bajo las condiciones especiales del dormir, pero difícilmente puede examinarse como producto inmediato de las influencias que hacen dormir. Soñamos tanto más vívidamente cuando el dormir es todavía o de nuevo, liviano. Pero ante todo hay que señalar el hecho de que los estados delirantes pueden aparecer de manera totalmente semejante bajo condiciones absolutamente diferentes, no sólo en intoxicaciones e infecciones, en la fiebre, en lesiones cerebrales, sino también

en epilépticos, paralíticos, en la locura maniaco-depresiva, en la demencia precoz, en la demencia senil, como así también en la histeria y en la hipnosis. Esas experiencias hablan decididamente a favor de que los delirios pertenecen a las formas de manifestación de la locura, cuyos fundamentos están dados en las propiedades originarias de la vida anímica. Ellos van a ocupar el lugar del pensar ordenado y conscientemente claro, tan pronto se perturba la conciencia bajo

la influencia de algún proceso cualquiera de la enfermedad. Que, por eso, la conformación especial del delirio puede ser codeterminada, tanto por la prehistoria personal del enfermo, como también por las características propias del proceso causal de la enfermedad, no parece asombroso.

Un segundo grupo de formas fenoménicas clínicas está caracterizado por la elaboración *paranoide* de las experiencias vitales. Las encontramos ante todo en la para-

noia, pero también en los diferentes querulantes, en las psicosis de prisión, en los trastornos anímicos delirantes alcohólicos y cocaínicos, así como también sobre todo en la demencia precoz y en las parafrenias, y además frecuentemente en la locura maniaco-depresiva y en la idiocia senil. El fundamento general del modo de pensar paranoide tenemos que buscarlo al parecer en la intensa influencia del curso del pensamiento por las necesidades afectivas y, con ello, en la coloración personal de las concepciones de la vida. Cada ser necesita, para su afirmación en la lucha por la existencia, de la confianza en sí mismo y de la desconfianza contra el entorno posiblemente enemigo. A partir de ello se desarrolla la inclinación natural a sobrevalorar la propia persona y a comportarse de modo rechazante o completamente enemistoso frente a los extraños, y a poner por doquier los acontecimientos exteriores en relación con el propio bienestar. A ello hay que agregar aún, finalmente, la certeza ingenua del pensar no desarrollado, que no conoce la duda, sino que admite sin más, cada suposición que emerge, como expresión de la realidad. Sólo la experiencia más madura aporta gradualmente los parámetros correctos para la apreciación de las relaciones entre la propia persona y el mundo circundante. La significación de la primera se achica cuanto más se amplía el radio de acción, y los acontecimientos exteriores pierden sus estrechas relaciones con ella. En lugar de la interpretación puramente personal aparece el juicio de realidad que intenta liberarse cada vez más de la influencia de las necesidades afectivas. Finalmente, a partir del descubrimiento así tramitado de los errores, se desarrollan los resortes de todo conocimiento progresivo, de la duda que no conoce ninguna certeza sin incansable verificación ulterior por medios auxiliares de investigación cada vez más refinados.

La coincidencia de algunas formas delirantes observadas en nuestros enfermos con la creencia en demonios y hechizos de los pueblos no desarrollados, es visible a simple vista. Otros recuerdan más a los castillos en el aire de fu-

tura grandeza y altos rendimientos que son propios de los estadios juveniles, otros todavía a la desconfianza enemistosa frente a los extranjeros, como suelen mostrar los pueblos salvajes y los niños pequeños. A ello se asocia aún frecuentemente la influencia de la intuición y la elaboración espiritual a través de la disposición afectiva, y la interpretación de las experiencias de la vida en el sentido de las esperanzas y temores dominantes. Sorprendentemente puede mostrarse en esas circunstancias que, en niños y al parecer también en pueblos no desarrollados espiritualmente, encontramos poco frecuentemente formas de manifestaciones paranoides más cultivadas de la locura. El motivo de ello quizás resida en que la tramitación más fugaz y más intuitiva de los acontecimientos de la vida es menos favorable a su elaboración delirante. Por último, la cultura parece más bien presuponer una concepción de la vida más abarcativa y medianamente interdependiente, a partir de la cual sean ganados los parámetros y estímulos para el juicio delirante y la valoración de las experiencias.

Por cierto, las ampliamente extendidas formas fenoménicas de la locura integran las *manifestaciones patológicas de los sentimientos*. Ellas dominan el cuadro de la enfermedad en la locura maniaco-depresiva y en la histeria, pero también juegan un rol importante en la parálisis y en la demencia precoz así como en muchos psicópatas, y pueden pasar ocasionalmente al primer plano en casi todos los restantes trastornos anímicos. Tenemos que agregar que los estados típicos patológicos, como ya se mencionó, pueden ser provocados inmediatamente por causas determinadas, ante todo tóxicos. Sus irradiaciones y descargas anímicas se mueven sin embargo dentro de marcos preformados y por eso se repiten por doquier del mismo modo totalmente independiente de la causa a partir de la cual se ha producido la moción afectiva. Así incumben primeramente a los movimientos de expresión conocidos en la posición, la fisonomía y los gestos, en tanto ellos comportan preocupación y cuidado, angustia, ira, alegría y exaltación. A ellos se asocian las acciones moti-

vadas por movimientos afectivos, el discurso, las piezas escritas, los intentos de defensa, ataque y aproximación, los actos violentos, el suicidio, las acciones religiosas de protección. A ello se agrega además la correspondiente influencia de la intuición, de la conciencia, del curso del pensamiento y del contenido de representación, la incompreensión, la dispersión y la confusión, la fijación de una única representación o la aglomeración de gran número de ellas, el juicio risueño o sombrío acerca del pasado, el presente y el futuro. Una parte considerable de las formaciones delirantes observadas por nosotros procede seguramente de influencias afectivas; posiblemente eso vale, en el sentido más general, para todos. A las formaciones delirantes "catatímicas", que provienen de las oscilaciones afectivas más transitorias, podemos quizás, como ya ha sucedido más tempranamente, separarlas de las paranoides, que tienen su raíz en necesidades afectivas duraderas. Aquí residen puntos de contacto entre las formas de manifestación paranoides y *emocionales* de la locura.

Una influencia unívoca recibe el contenido de la representación, a través de los temores que tienen su origen en la amenaza general de la vida y de la salud, a partir de las relaciones de los humanos entre sí y de los sentimientos de responsabilidad inculcados intensamente por la ley, las costumbres y la educación religiosa. Es sabido que ellas pueden ejercer una insostenible coerción que influye ampliamente sobre el actuar. Todos esos temores coercitivos se originan evidentemente a partir de fuentes que ya existían y que ahora inundan la vida anímica en medida no deseada.

Las formas de manifestación emocional tienen un parentesco próximo con los fenómenos *hísticos* de la enfermedad. Los movimientos afectivos se descargan no sólo en las manifestaciones de la voluntad, sino también en la influencia de aquellos procesos que se sustrajeron duradera o consuetudinariamente al inmediato influjo de la voluntad. La musculatura de la pupila, del estómago y del intestino, el pelo, la vejiga, el latido cardíaco, la respiración, la

actividad de las glándulas lagrimales y sudoríparas, de las glándulas del estómago y del intestino, quizás también el hígado y los riñones, pueden ser afectados por tensiones y conmociones afectivas. A ello hay que añadir limitaciones de los movimientos voluntarios, temblores, debilidad, inseguridad, rigidez, además convulsiones, finalmente falla de los sentidos y perturbación de la conciencia con confusión delirante. Todas esas formas de descarga de los movimientos afectivos, que en el sano regularmente sólo están indicados y son fácilmente dominados, alcanzan en la histeria su expresión más intensa. Como ya se ha detallado en otro lugar, son ciertamente visibles como residuos de disposiciones de protección y defensa originales que pertenecen a un estadio de desarrollo superado. Por consiguiente ellas constituyen en cierta medida una ramificación de las formas de manifestación emocionales de la locura que, entonces, entra en vigencia; ya cuando las conmociones afectivas son hiperpotentes y por ello irradian también en caminos ordinariamente apenas transitables, ya cuando el dominio voluntario de los movimientos afectivos es deficitario, con en niños, mujeres, degenerados y bebedores.

Del mismo modo, el grupo de las formas *impulsivas* de manifestación de la locura nos hace regresar a una capa más profunda del desarrollo de la voluntad. Entre ellas comprendemos aquellas mociones volitivas fuertemente acentuadas afectivamente que, sin motivos comprensiblemente fundados en el entendimiento, esfuerzan hacia la realización de determinadas acciones. En las pulsiones tenemos ante nosotros formas originarias de la voluntad, en las cuales la meta está prescrita no por una equilibrada reflexión, sino por necesidades inmediatas que se hacen valer con gran potencia. Numerosas pulsiones surgieron posiblemente en el curso del desarrollo de la especie y han sucumbido nuevamente. En nosotros la vida pulsional se limita casi exclusivamente a la pulsión de conservación de la especie y a las diferentes formas de la pulsión de autoconservación. En todos los otros puntos las mociones pulsio-

nales han sido empujadas al segundo plano por superiores acciones de la voluntad, conscientes de sus metas. En el terreno enfermo las pulsiones reprimidas pueden sin embargo ganar nuevo poder. Así vemos a la pulsión sexual, que ordinariamente suele dormitar hasta los años del desarrollo, despertar bajo ciertas circunstancias muy tempranamente en oligofrénicos y psicópatas. Con ello se enlaza entonces el peligro de desviaciones. Que las aberraciones sádica y masoquista están posiblemente en relación con mociones pulsionales hace mucho superadas, ya fue señalado. Asimismo fue mencionado que la pulsión de libertad, muy fuertemente ejercitada en los animales y más o menos sometida por la educación al sentimiento del deber, sobrevive todavía en el vagabundeo de los niños y en ciertas formas de linxerismo. La inclinación impulsiva natural del niño a apropiarse de lo que le gusta, vemos que conduce, en el desarrollo débil de la voluntad, con desesperante reincidencia, a delitos contra la propiedad. De modo semejante, la tendencia infantil a la invención lúdica y al disfraz se conserva, sin duda, en formas que se han seguido desarrollando no resueltamente a través de lo que resta de la madurez de la personalidad, en farsantes y mentirosos congénitos. Si también la pulsión de incendio a veces observada posee raíces filogenéticas, permanecerá sin decidir. Las relaciones con la "nostalgia" podrían hablar a favor. En todo caso quisiera suponer que las "distimias" tan frecuentes en psicópatas y epilépticos, de modo semejante a la nostalgia, pueden comprenderse rigurosamente como mociones pulsionales oscuras. Ellas conducen también bastante frecuentemente a acciones impulsivas, sobre todo a las del viajar y beber sin sentido. Si en las formas de manifestación de la locura hasta aquí discutidas se trata frecuentemente de residuos de estadios más tempranos del desarrollo, que se adelantan más fuertemente debido a que fueron insuficientemente dominados por instancias más perfeccionadas, así también, por destrucción de rendimientos más altos, instrumentos inferiores de la vida anímica pueden conservar

una fatal autonomía. Ese punto de vista es quizás apropiado para abrirnos por vez primera una comprensión de aquellos trastornos que designamos como *esquizofrénicos*, porque suelen estar más poderosamente conformados en la demencia precoz. Ante todo viene aquí en consideración la aniquilación de la voluntad conciente de su meta, tal como se hace manifiesta en la extinción de la energía, del afán, y en la pérdida de la conexión interna de las manifestaciones de la voluntad. Esa ingobernabilidad conduce a su vez a la impulsividad del actuar; las mociones volitivas que emergen no son reprimidas en razón de una reflexión planificadora, o conducidas por caminos correctos, sino que se entremezclan sin miramientos, tal como surgieron; pero también se entrecruzan de los más diversos modos con el curso del actuar, tanto que llegan a realizar todas aquellas extravagancias que designamos estilos. Pero además, ganan una influencia decisiva ciertas direcciones básicas primitivas del querer, que ordinariamente son dominadas por la personalidad total y se hacen utilizables para sus fines. Ello es más que evidente en las estereotipias. La inclinación a la repetición monótona de la misma acción es una propiedad general del instrumento de la voluntad, que suele destacarse muy claramente en los niños, pero que se expresa más lejanamente sobre todo en la significación básica del ritmo en todas las ocupaciones humanas posibles. Pero también la obediencia automática y el negativismo se explican de modo parecido. Es de suponer que en el desarrollo de la voluntad primeramente serán educadas dos aspiraciones básicas opuestas entre sí, la entrega a influencias externas y el rechazo. La elección entre ambas posibilidades tendrá que pensarse impulsivamente al comienzo, hasta que una experiencia más madura y la voluntad conciente de sus metas, por ella conducida, enseñen a seleccionar los influjos favorecedores de los enemistosos. Tan pronto son descartados los últimos, como en la hipnosis, vemos tramitarse el juego encontrado de una firme resistencia y de una entrega involuntaria.

Los movimientos expresivos de

los enfermos, sus palabras, gestos, piezas escritas, dibujos, mímica, suelen presentar estereotipias y manierismos de las más diversas formas. Pero además encontramos frecuentemente también la neoformación desenfundada de los medios de expresión, que se ha soltado completamente de los influjos reguladores de las imágenes sensoriales usuales. Quizás podríamos pensar que esa clase de neocreaciones caprichosas tienen que haber constituido el requisito previo fundamental para el surgimiento del medio de comunicación. Ellos aportaron, como lo observamos de modo semejante en nuestros niños, la materia prima a partir de la cual se conformaron gradualmente relaciones comunes más firmes con determinados procesos anímicos, de modo tal que se hizo posible una transmisión.

Las formas de manifestación esquizofrénicas no están de ninguna manera limitadas a la demencia precoz. Las volvemos a encontrar ante todo, de modo más o menos manifiesto, en algunos procesos de la enfermedad con necrosis extensas del tejido nervioso, como en la parálisis y en la demencia senil, ocasionalmente también en enfermedades cerebrales circunscriptas, sobre todo traumáticas. Sin duda pueden sin embargo también transmitirse fenómenos esquizofrénicos sin destrucción del tejido cerebral. A favor de ello habla, aun cuando queremos prescindir de los fenómenos de la hipnosis, primeramente el hecho de que en el niño reencontremos todas aquellas formas de manifestación, el rechazo impulsivo, la docilidad involuntaria, la impulsividad de las manifestaciones de la voluntad, la inclinación a la repetición monótona, a la modificación caprichosa de los movimientos, así como, sobre todo, a la neoformación de palabras, que suele constituir la iniciación de la actividad lingüística. Otro punto de apoyo nos lo da el hecho de que el lenguaje del sueño con sus neoformaciones de palabras, arabescos, desvíos verbales y de pensamiento, se corresponde en todos los detalles a la confusión esquizofrénica del lenguaje. La fácil desconexión de los más altos rendimientos anímicos produce entonces en ese sector las mismas consecuencias que los procesos

destrutivos de la demencia precoz. Esa comprobación es de gran significación, porque nos indica la posibilidad de que también otras enfermedades, curables, puedan adoptar, bajo ciertas circunstancias, formas fenoménicas esquizofrénicas.

En una cierta relación, por el momento no próxima a ser explicada con las esquizofrenias, parecen estar las formas fenoménicas alucinatorias verbales de la locura, la aparición de ilusiones auditivas en la forma del discurso y del diálogo. Ese signo de la enfermedad está, es sabido, mucho más frecuentemente en enfermedades esquizofrénicas y en las parafrénicas de parentesco mínimamente cercano con aquéllas, pero lo encontramos en forma totalmente análoga en la alucinosis alcohólica, en el delirio cocaínico y en algunos padecimientos cerebrales sífilíticos, aquí y allá también en la parálisis, y además, en el delirio de persecución de los hipoacúsicos y de los presidiarios. Si también las ilusiones auditivas observadas a veces en la locura maniaco-depresiva son por ello esencialmente idénticas, me abstengo de decirlo por el momento. Se aceptará naturalmente que mediante las enfermedades mencionadas son suscitados fenómenos imitativos en las zonas cerebrales que sirven al lenguaje, pero la forma especial y el contenido de las ilusiones se originan sin embargo en las condiciones anímicas previamente dadas. La identidad de formas de las ilusiones auditivas en enfermedades completamente diferentes habla a favor de su influencia por los temores y deseos humanos comunes. Su contenido es por un lado, insultante, irritante, amenazador, por otro, consolador, edificante, feliz, muy raramente indiferente o sin sentido; hablan perseguidores invisibles, el diablo o potencias celestiales, el ángel de la guarda, amantes ocultos, un alto protector. Regularmente existen estrechas relaciones con cursos de pensamiento paranoide.

Los procesos de la enfermedad masivamente *destrutivos*, en primer lugar la arterioesclerosis, la sífilis cerebral, la parálisis, la encefalitis, provocan natural y preponderantemente, fallos de los rendimientos anímicos y, al lado de

ellos, también se presentan bastante frecuentemente, fenómenos irritativos, estados de excitación y convulsiones. Que, además, son frecuentemente observados cuadros de la enfermedad, que asemejan a los maniaco-depresivos o catatónicos, podría estar en conexión con la heterogénea extensión de las alteraciones patológicas, que efectúa, según los casos, la liberación de las formas de manifestación emocionales o esquizofrénicas. Una elevada capacidad de expresión en una u otra dirección motivada por la disposición personal, podría jugar en ello un rol determinante. Finalmente hay sin embargo en esos procesos demenciales, todavía una cantidad de trastornos frecuentemente repetitivos, en los cuales se anuncian rendimientos autónomos de instrumentos anímicos subordinados y despojados de su guía; queremos reunirlos como formas de manifestación *encefalopáticas* de la locura. A ellas pertenece el relleno de las lagunas mnémicas mediante invenciones cotidianas tomadas de las costumbres vitales, como las encontramos también en los niños, la adhesión a pensamientos, palabras y acciones que alguna vez emergieron, la logoclonia, el temblor rítmico de manos, el reír y llorar compulsivos y rítmicos, el reflejo de succión proveniente de la más temprana infancia, quizás también la atetosis que recuerda a los movimientos dactilares caprichosos de los niños. También las desviaciones parapráticas y parafrénicas pueden considerarse bajo puntos de vista semejantes. Ellos se corresponden en estrecha relación con los primeros intentos de acción y habla del niño, al cual todavía le falta la guía de una fórmula preparatoria de acción y de lenguaje. Son las desordenadas manifestaciones del instrumento de la voluntad que, tardíamente caen gradualmente bajo el dominio de la personalidad consciente de sus metas. Ellas serían así equivalentes a algunos signos neurológicos de la enfermedad que solemos atribuir a la cancelación de la influencia de la corteza cerebral, en la aparición del *reflejo de Babinski*, en el incremento de los reflejos tendinosos, en la formación de contracturas espásticas, en el vaciamiento bru-

tal de vejiga e intestino. Ya sea que uno esté de acuerdo o no con esas hipótesis en todos sus detalles, me parece sin embargo indiscutible que una parte de los fenómenos de la enfermedad en las más extendidas destrucciones de la corteza cerebral no es provocada inmediatamente por estas mismas, sino que deben su surgimiento al mecanismo, devenido sin guía, del instrumento anímico subordinado. Esas manifestaciones señalan reiteradamente un período del desarrollo mucho más distante todavía que el de los fenómenos esquizofrénicos. Los procesos de la enfermedad aquí considerados parecen por consiguiente escharbar más profundamente que aquéllos en la estructura estratificada de las disposiciones anímicas; sin embargo ellas también aniquilan por último no raramente las más originarias posibilidades de manifestación.

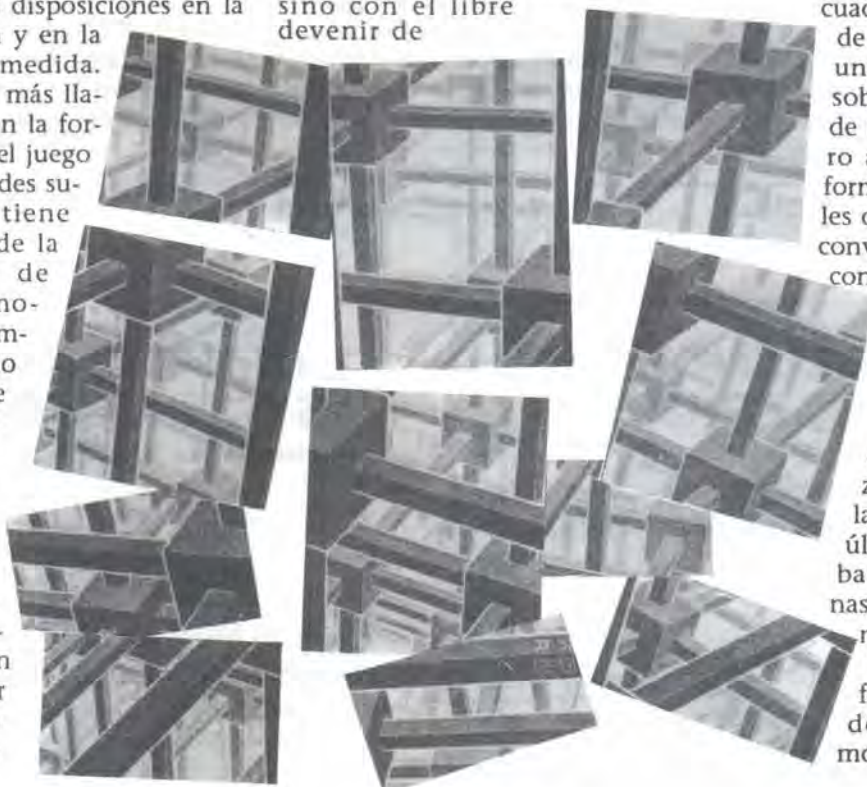
En estrecho parentesco con esos fenómenos acompañantes de los procesos destructivos se encuentra otro grupo que se enlaza con inhibiciones del desarrollo anímico y que por ello podemos designar como formas de manifestación *oligofrénicas*. También aquí tenemos que vérnoslas con influjos destructivos, pero ellos atacan al cerebro todavía no conformado y dejan por lo tanto atrofiarse sus disposiciones en la más pequeña y en la más grande medida. De un modo más llamativo que en la forma anterior, el juego de las facultades subordinadas tiene aquí por ende la posibilidad de actuar autónomamente e imprimir su sello al cuadro de la enfermedad. Ante todo se conservan características infantiles que ordinariamente son superadas por la ingerencia de la perso-

nalidad desarrollada. Aquí podríamos mencionar el dominio deficiente del recto y la vejiga, la burda torpeza de los movimientos, además el balbuceo, el tartamudeo, la deficiencia del desarrollo del lenguaje. Recién mediante el trabajo de la voluntad conciente de sus metas, esos rendimientos se afinan y se adaptan gradualmente a las necesidades progresivas. Donde aquél falta, las formas fenoménicas se mantienen en un grado más bajo de desarrollo. A ello se agrega un montón de acciones pulsionales que remedan antiguas costumbres animales, pero en parte, sobre todo por su curso rítmico, aluden al obrar autónomo de instrumentos preformados. A ellos pertenecen la onicofagia, pellizcar, mordisquear, desgarrar, pero además retozar, saltar, abanicar, castañetear, palmotear, cabecear, golpear, fregar, rechinar los dientes. Es digno de ser señalado que algunas de esas manifestaciones de la enfermedad las volvemos a encontrar también en otras demencias graves, así el bruxismo en el último período de la parálisis y los movimientos rítmicos, el pellizcar, mordisquear, desgarrar, en la esquizofrenia. Con eso también se demuestra que aquí no tenemos que vérnoslas con manifestaciones inmediatas de la enfermedad, sino con el libre devenir de

mociones originarias por la destrucción de influencias de la voluntad más elevadas. En efecto, es de sospechar que los así llamados movimientos de los idiotas en oligofrénicos se pueden observar frecuentemente como expresión de una demencia precoz tempranamente instalada.

Para finalizar, todavía tenemos que aludir a un pequeño grupo de manifestaciones de la enfermedad circunscriptas, en las cuales nos hace frente de modo igualmente revelador el curso desencadenado por influencias totalmente heterogéneas de una forma de movimiento en cierto sentido interrumpida; me refiero a los *fenómenos convulsivos* epileptoides. Justamente en esas formas de manifestación *espasmódicas* se muestra claramente que el fenómeno clínico es independiente en alto grado de la esencia del proceso de la enfermedad. El acceso convulsivo puede ocurrir de idéntico modo, tanto si se puede buscar su causa en una infección, una intoxicación o una enfermedad cerebral extendida, como si tiene que ver con una lúes cerebral, con una uremia, un alcoholismo grave, una esclerosis tuberculosa, una epilepsia genuina; ya no podemos dudar que también los movimientos afectivos y las simulaciones conscientes producen el mismo

cuadro. Sólo la extensión de la lesión causal tiene una influencia esencial sobre la conformación de las convulsiones. Pero además conocemos formas leves, en las cuales o bien los fenómenos convulsivos o bien la inconsciencia acompañante, pueden estar debilitados o abolidos, y finalmente acciones pulsionales y estados crepusculares que se enlazan o reemplazan a las convulsiones. Estas últimas tienen sin embargo a pesar de algunas desviaciones una semejanza general con las formas de manifestación histéricas, desencadenadas por movimientos afectivos,



mientras que las acciones pulsionales características de la epilepsia prokursiva y rotatoria pueden recordar trastornos catatónicos. La mayor diversidad de manifestaciones de la enfermedad se encuentra ante todo en las epilepsias genuinas. Nos vemos aquí obligados a suponer que ese cambio de las formas fenoménicas depende de si el ataque puntual de la enfermedad inhiere profunda o menos profundamente en el mecanismo de la estructura anímica. Las distimias y excitaciones, la inconciencia transitoria y los estados crepusculares se mantienen dentro del marco de aquellos trastornos que también pueden ser producidos por influencias afectivas, mientras que los fenómenos convulsivos se originan en ámbitos que sólo excepcionalmente, en las epilepsias afectivas y las epilepsias habituales de los bebedores, son accesibles a esa clase de influencias. Las acciones pulsionales están entre ambas formas, aun cuando de ningún modo podrían pertenecer a la misma línea de desarrollo. En las restantes formas de las epilepsias suelen ser preponderantes los fenómenos convulsivos, sin embargo encontramos justamente en la demencia precoz, ocasionalmente también en la parálisis, su conexión con trastornos esquizofrénicos y emocionales. Digna de consideración es la frecuencia de los fenómenos convulsivos en las edades infantiles; aquí, los dispositivos pertinentes parecen ser más accesibles y más capaces de reaccionar a los estímulos más heterogéneos que, después de la madurez, las áreas cerebrales que sir-

ven a las más altas manifestaciones de la voluntad.

Las consideraciones que han sido hechas aquí, tienen una larga historia. Ellas se anudan a la representación desarrollada por *Guislain*: que los diferentes períodos del desarrollo de los trastornos anímicos están en conexión con la gradual extensión de los procesos de la enfermedad sobre partes del cerebro cada vez más vastas. También *Schüle* ha desarrollado pensamientos semejantes, diferenciando entre "psiconeurosis" y "cerebropsicosis"; en aquellas la afección debería mantenerse en el campo de los trastornos funcionales, en éstas extenderse a lo orgánico. Luego, *Wernicke* ha considerado el sitio y la extensión de los procesos de la enfermedad frente a las influencias causales, como absolutamente decisivos para la conformación de los cuadros clínicos. En todo caso, la opinión de que las formas fenoménicas de la locura son determinadas muy esencialmente por la acción conjunta de disposiciones que surgieron por transmisión hereditaria filogenética o personal, es apropiada para abrirnos un entendimiento del hecho desconcertante de que, por un lado, se repiten los mismos trastornos en enfermedades totalmente diferentes y, por otro lado, que los cuadros clínicos pueden estar sometidos a cambio reiterado en el curso del mismo padecimiento. Podemos comparar los fenómenos de la enfermedad con los diferentes registros de un órgano, que son puestos en funcionamiento según la intensidad y la extensión de las alteraciones

patológicas y ahora dan a las manifestaciones del padecimiento su coloración propia, totalmente independiente de por cuáles influjos fue desencadenado su juego. Los trastornos así surgidos pueden por eso no ser característicos de un determinado proceso, tanto más cuanto éste, de acuerdo a la experiencia, suele privilegiar éste o aquél registro cuando no limitarse a ellos. Si, pese a todas las dificultades, podemos reconocer efectivamente muy a menudo la clase del proceso de la enfermedad a partir de las formas fenoménicas, entonces esa experiencia habla sólo a favor de que en general el mismo padecimiento del mismo modo y en las mismas circunstancias afecta el mismo territorio.

Miremos de nuevo hacia atrás, entonces resulta que pudimos mantener separados por lo menos tres grupos principales de formas de manifestación, registros, de la locura. El primero está constituido por la forma delirante, paranoide, emocional, histérica e impulsiva, el último por la forma encefalopática, oligofrénica y espasmódica, mientras que, en el medio, está la forma esquizofrénica, quizás también la alucinatoria verbal. Si nuestras opiniones contienen algo correcto, entonces podría esperarse que los trastornos menos profundos del primer grupo, se enlacen en general entre sí, pero en otras ocasiones frecuentemente también con aquellos del segundo, pero no con los del tercer grupo, mientras que las formas fenoménicas de los dos últimos están acompañadas frecuente o regularmente también por aquellos del

L'ÉVOLUTION PSYCHIATRIQUE

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

Rédacteur en chef: Yves Thoret

4 Números por año

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

L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE

Revue mensuelle des psychiatres des hôpitaux

L'INFO
PSY

10 Números por año

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

primero. Finalmente en el segundo grupo podríamos esperar ocasionalmente intromisiones a partir del primero tanto como del tercer grupo. En efecto, vemos en los enfermos que se mueven en las formas de manifestación primeramente nombradas, que faltan regularmente los signos de padecimientos cerebrales profundos, mientras que, por el contrario, los padecimientos pertenecientes al tercer grupo están frecuentemente acompañados por trastornos del primer tipo y las esquizofrenias reciben en esa relación una posición intermedia; con sus fenómenos delirantes, paranoides, emocionales, histéricos e impulsivos por un lado, con sus ataques convulsivos, sus movimientos rítmicos y su confusión del lenguaje por otro lado. Pero se comprende de suyo que procesos de la enfermedad también pueden alcanzar supuestamente la tercera región de trastornos sin afectar los rendimientos más altos de modo diferente que por déficits funcionales.

El punto de vista de que una parte no insignificante de las manifestaciones de la enfermedad se produce a partir del juego autónomo de dispositivos preformados de nuestra personalidad anímica y corporal, me parece que puede ser especialmente fructífero para el entendimiento de los trastornos epilépticos e histéricos. Fueron interminables los esfuerzos para separar entre sí según su esencia a ambas enfermedades, fundamentalmente diferentes, teniendo a mano los fenómenos clínicos. Ellos llevaron a la malformación del concepto de la enfermedad de las histeroepilepsias y tuvieron que naufragar porque no encontraron eficaces y radicales características diferenciales para el signo de la enfermedad probablemente más importante, los ataques. Si suponemos que el tipo de ataque no nos da en sí mismo ninguna conclusión segura sobre la esencia del padecimiento, sino que sólo señala el área de nuestra maquinaria nerviosa en la que ocurren trastornos, entonces se torna comprensible que en ambas enfermedades puedan aparecer fenómenos epilépticos e histéricos, unos al lado de los otros. La decisión sobre la esencia de un proceso previo de la enfermedad tiene por eso que

ser ganada a partir del cuadro anímico total. Se comprende de suyo que todavía pueden ser tomados en consideración otros puntos de apoyo, sobre todo las causas, quizás al mismo tiempo el comportamiento del metabolismo y algunos otros, desviaciones cercanas a los procesos fundamentales de la enfermedad. Que a partir de esta clase de consideraciones también queda libre el camino para la delimitación de los trastornos epilépticos e histéricos que aparecen como fenómenos acompañantes de enfermedades totalmente diferentes, sólo necesita ser señalado. Quizás es posible también, por un camino semejante, disminuir las dificultades que todavía se enfrentan para una confiable diferenciación de la locura maniaco-depresiva y la demencia precoz. Ningún experto negará que son desdichadamente frecuentes los casos en los que, pese a la observación más minuciosa, parece imposible lograr aquí un juicio seguro. La experiencia de que no se pudo lograr reducir decisivamente el número de diagnósticos equivocados, opera inhibitoriamente sobre la satisfacción del trabajo clínico y es uno de los motivos principales de la opinión tan extendida de que una continuación de nuestros esfuerzos realizados hasta hoy, sería infructuosa. Aunque creo que esas quejas están justificadas sólo en parte y que mediante la profundización de la investigación y el mejoramiento de nuestro medio auxiliar hasta hoy tan deficitario, todavía se pueden alcanzar algunos éxitos; sin embargo, la imposibilidad hoy en día cada vez más claramente manifestada de llevar a cabo satisfactoriamente la delimitación de ambas enfermedades mencionadas tiene que suscitar la sospecha de que nuestro modo de plantear el problema sería equivocado. En efecto, creo que tendremos asimismo que perseverar a toda costa en la diferencia fundamental de los procesos de la enfermedad. La inmensa masa de los enfermos irrecuperables que van a la demencia, que presentan desviaciones corticales severas, por un lado, y por otro lado la de los que vuelven a recuperar la estructura de su personalidad, habla un lenguaje tan elocuente, que podemos suponer aquí transi-

ciones efectivas sobre todo si se logra muy frecuentemente pronosticar ese curso de los fenómenos de la enfermedad.

Por el contrario, habrá que soportar seriamente la pregunta acerca de hasta qué punto las características en las que solemos respaldar nuestro juicio, permiten efectivamente una mirada en la esencia del proceso de la enfermedad dado. Que eso ocurre en general, tendremos que suponerlo. Pero hay evidentemente un ámbito siempre bastante extenso en el que aquellas características faltan, ya sea que ellas no estén impresas unívocamente, ya sea que ellas se comprueben desconfiables. Esa experiencia llegaría a ser absolutamente comprensible, si suponemos que la forma de manifestación esquizofrénica y la emocional de la locura no representan en sí la expresión de determinados procesos de la enfermedad, sino que indican exclusivamente los ámbitos de nuestra personalidad, en los cuales ocurren aquellos. Entonces la significación característica de ellos sólo residiría en que habitualmente las enfermedades esquizofrénicas comprometen otras partes de nuestra maquinaria íntima, que la locura maniaco-depresiva. Pero si la histeria ocasionalmente puede intervenir en las formas de manifestación epiléptica y no raramente existen trastornos histéricos en epilépticos, entonces sería pensable que también aquellas dos enfermedades surgen del marco de los fenómenos de la enfermedad que les corresponden a ellas regularmente.

Que en enfermedades indudablemente esquizofrénicas pueden aparecer transitoriamente, aunque durante un tiempo muy prolongado, cuadros de estado melancólicos y maníacos que no podemos diferenciar para nada de las formas circulares, es una experiencia cotidiana. Mucho menos frecuente es en cada caso el desarrollo impreso a signos esquizofrénicos de la enfermedad en el curso de la locura maniaco-depresiva. Encontramos eso comprensible si pensamos que un proceso destructivo de la enfermedad puede ejercer secundariamente también efectos estimulantes e inhibitorios de toda índole, mientras que un trastorno completamente compensa-

torio solo excepcionalmente ingerirá cada vez más profundamente en el mecanismo anímico. A pesar de ello todavía hay que mantener en vista que la significación característica de los trastornos esquizofrénicos, aun cuando prescindamos de la posibilidad de confusión con fenómenos semejantes pero de diferente naturaleza, es muy diferente. Un escalonamiento gradual conduce aquí desde la obediencia automática, pasando por el manierismo y la impulsividad, hacia la esterotipia y el negativismo, en los cuales puede ser reconocida cada vez más claramente la esencia esquizofrénica del padecimiento. Sin embargo ninguno de esos signos de la enfermedad aislados, y tampoco su reunión, nos permite concluir con absoluta seguridad sobre el tipo de proceso de la enfermedad subyacente. La prueba más clara de ello nos la da la parálisis. Pero también en muchas otras formas de la locura, sobre todo en las enfermedades infecciosas y traumáticas así como encefalíticas, encontramos en ocasiones aislada o reiteradamente fenómenos de la enfermedad que no podemos diferenciar en absoluto de los esquizofrénicamente condicionados. Ciertas psicosis, de curso rápidamente mortal, propias de las edades involutivas, están caracterizadas precisamente por la mezcla de trastornos melancólico-angustiosos y catatónicos. Agregaré que vi hace poco un caso de tetania después de la extirpación de un bocio, con desenlace mortal, en el cual se desarrollaron uno tras otro cuadros de la enfermedad con improntas completamente maníacas y catatónicas.

Por consiguiente nos tendremos que acostumbrar al pensamiento de que los signos de la enfermedad hasta hoy valorados por nosotros no alcanzan para posibilitarnos en todas las circunstancias la delimitación confiable de la locura maníaco-depresiva de las esquizofrenias, mucho más en este ámbito en el cual existen intersecciones que reposan sobre el origen de los fenómenos de la enfermedad a partir de condiciones previas dadas. Si no obstante son decisivas únicamente las disposiciones generales de la personalidad humana y merced a eso la extensión de las alteraciones patológicas, o si la

disposición hereditaria hace más accesible y reactivo el territorio determinado para el estímulo de la enfermedad, deberá quedar sin decidir. Si esta interpretación es correcta, entonces tendríamos que intentar, en los casos difíciles, otros caminos para llegar a esclarecernos. Si nos detenemos en el ejemplo arriba mencionado de la epilepsia y la histeria, entonces estarían abiertos como tales la persecución del curso y el desenlace así como la apreciación de la personalidad total de los enfermos, y también las condiciones causales que aquí terminarían primeramente en esencia en una investigación de las relaciones hereditarias. Que todos esos caminos son transitables y los podemos seguir, es indudable. Cuáles son las dificultades que hay que superar para ello y dónde residen los límites del progreso, permanecerá aquí sin discutir. En aquellos padecimientos recién mencionados existía la fundada posibilidad de que la investigación de sus fundamentos corporales en vida como post mortem pudiera conducirnos a otras conclusiones; si esa esperanza también está justificada para la locura maníaco-depresiva y la demencia precoz, nos lo tendrá que enseñar el futuro.

El cuadro que aquí podemos proyectar de la historia del surgimiento de los fenómenos de la enfermedad es, seguramente, excesivamente rudimentario e incompleto. La estructura filogenética de la personalidad humana se ha completado en un desarrollo interminablemente lento, en progresos apenas marcados y tan finos que no se pueden contar; también habrán existido pasos hacia atrás; caminos colaterales fueron intentados y abandonados de nuevo. El resultado final de ese de-

sarrollo imprevisible contiene naturalmente huellas y restos de los diferentes períodos filogenéticos, aunque se haya perdido completamente la inmensa mayoría de las disposiciones alguna vez construidas y luego superadas. Si, por consiguiente, intentamos hoy poner en relación las manifestaciones de la locura con cada uno de los estadios del desarrollo de la personalidad, entonces nos faltan para ello casi todas las condiciones previas. Si esos intentos resultaran de un tanteo inseguro, entonces sería necesario perseguir hacia atrás, por doquier, los fenómenos de nuestra vida interior hasta sus raíces en el alma del niño, de los hombres primitivos, de los animales, para así probar hasta dónde en los estados de la enfermedad ganan nueva vida mociones hace largo tiempo desaparecidas, provenientes de la prehistoria del desarrollo personal y filogenético. Las perspectivas que garantiza ese modo de consideración me parece que son estimulantes a pesar de la pobreza de nuestro saber actual; por eso ellas podrían contribuir para facilitarnos nuestra interminable y dificultosa tarea principal, el entendimiento clínico de las formas de la enfermedad ■

Traducción Ricardo A. Pussetto



**LIBRERIA
PAIDÓS**

Las Heras 3741

Loc. 31 - (1425) Bs. As.

ARGENTINA

Tel.: 801-1860 / Fax: 806-2495



Residencia interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria

Consejo Provincial de Salud Pública de Río Negro
Departamento de Salud Mental

El siguiente es el texto del proyecto de Residencia Interdisciplinaria que se implementará en la Provincia de Río Negro y que recientemente llegara a nuestra Redacción. La importancia de las experiencias que se están llevando a cabo en esa provincia le da un interés particular al análisis de los contenidos que los colegas que ejercen en esa zona proyectan para la formación de sus recursos humanos.

Antecedentes y fundamentos

La Reforma rionegrina en el área de Salud Mental comienza con el advenimiento de la democracia, la que hace posible el cuestionamiento de las concepciones autoritarias y hegemónicas en el campo de la salud, desarrollando alternativas a los tratamientos custodiales-hospiciales que llevan implícito el abandono y la segregación.

Se pretende así dar paso a las modalidades terapéuticas promocionales, testimoniales, autogestivas y a aquéllas que tienen como eje el respeto por los derechos humanos, la libertad, solidaridad, creatividad, el trabajo digno y creativo y la aceptación e integración de las diferencias entre los seres humanos.

Para esto se inicia un fuerte trabajo en los grupos de Salud Mental existentes en los hospitales de la Provincia, la mayoría aislados y no constituidos en Equipos, y sobre todo concentrados en el Neuropsiquiátrico Provincial de Allen. Esta fue una tarea que implicó –y aún implica– el desafío de revisar y transformar el rol del trabajador de Salud Mental con la consabida crisis que el cambio ha producido.

Pero además, en el resto del ám-

bito hospitalario se integró y capacitó al personal profesional y no profesional para la atención y tratamiento de las crisis por sufrimiento mental y psicofarmacología de urgencia.

Concomitantemente, se tomó la decisión política de internar a las personas con sufrimiento mental en todos los hospitales generales de la Provincia, hubiera o no personal especializado en salud mental. En estos casos, era atendido por el médico generalista, personal de enfermería o agentes sanitarios, y si la situación lo requería el técnico especializado se trasladaba hasta la localidad. De esta forma se lograba no desinteresar de su medio al usuario permitiendo encontrar causas y respuestas en la propia comunidad.

En forma paralela, se compartió la propuesta con personal de otras instituciones, líderes comunitarios, asociaciones intermedias, etc., intercambiando saberes científicos y populares y generando agentes multiplicadores de la misma, pues ésta trasciende el tema de la locura para centrarse fundamentalmente en el de la marginación.

Esta tarea fue evolucionando junto a la representación social de

la locura y a la paulatina modificación de prejuicios, hábitos y valores autoritarios y conductas de segregación y aislamiento. El resultado es uno de los hitos de este proceso que llamamos de desmanicomialización: el cierre del manicomio provincial y su transformación en hospital general en noviembre de 1988. Esta descentralización aumentó y aceleró la conformación de equipos hospitalarios que priorizaron la atención de la crisis por sufrimiento mental. Los abordajes no tradicionales como la atención e internación domiciliaria –dejando la internación institucional como último recurso, pero acortando sus plazos–, el trabajo de reinserción social y el enfoque comunitario como paradigma de la tarea, la inclusión de recursos humanos no tradicionales como parte del Equipo de Salud, etc., fueron pilares básicos de esta modificación de la tarea.

Aquellos sectores marginados de la sociedad pasaron a tener un rol protagónico en este proceso de transformación; por ejemplo, hasta el momento hay doce alcohólicos recuperados designados como operadores de salud que trabajan en la coordinación de grupos de alcoholismo, pero que además, toman parte en las estrategias te-

rapéuticas de intervención en crisis por sufrimiento mental, desarrollando modalidades terapéuticas promocionales basadas en la satisfacción de requerimientos de distintos órdenes: trabajo, afecto, creatividad, vivienda, etc...

Se comienza entonces a desarrollar espacios para contener estas necesidades: hogares de tránsito, hostales, casas de medio camino, talleres de arte, grupos de autogestión en torno a diferentes asuntos, microemprendimientos laborales y cooperativas, hasta llegar a la conformación de empresas sociales que generan fuentes de trabajo dignas y competitivas en el mercado.

En este proceso se ha involucrado a diversas instituciones comunitarias que compartieron y comparten la responsabilidad de promocionar a sus miembros más desprotegidos. Así es como se han establecido convenios de trabajo con los Municipios y la Subsecretaría de Trabajo; con el Obispado rionegrino para utilización de Hogares de tránsito y otras instalaciones; con el Instituto Provincial de la Vivienda para la facilitación

de Unidades Habitacionales, etc...

El crecimiento del trabajo y de las respuestas en el área de Salud Mental, requirió y permitió aumentar el recurso humano en un 100% en el transcurso de ocho años y de cinco a veinte los Equipos de Salud Mental. La Ley 2440 sancionada en setiembre de 1991, marca toda esta etapa al legalizar la tarea ya en marcha y por ella legitimada: la desmanicomialización.

La Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria se inscribe y sustenta en la historia de salud de la Provincia de Río Negro. Es una propuesta de formación de postgrado que procura elaborar y/o reconstruir los conocimientos necesarios para promover los derechos de las personas y la satisfacción de las necesidades genuinas.

Parte de los saberes se generan en la propia experiencia ya obtenida y a producir en el campo de la salud mental, investigando los hechos sociales a la luz de la teoría y de los principios que sustentan la Ley 2440, para promocionar permanentemente el cambio.

Considera a la dimensión socio-comunitaria como aquella que posibilita un enfoque integrador del ser humano donde lo biológico, psicológico, grupal e institucional se resignifica en función de la historia, la cultura, la política y la economía que los atraviesa.

Se fundamenta en una definición de salud mental que se incluye en el marco de la salud en general, dejando de lado el concepto de ausencia de enfermedad para pasar a reconocer al sujeto inmerso en su cultura y su sociedad aceptando sus condiciones de vida como un factor desencadenante de posibles crisis y participando activamente en sus cambios y los de su entorno.

Desde este punto de vista se reconoce otro de los principios rectores: la intersectorialidad, para afrontar los problemas de la gente, pues es responsabilidad de la comunidad toda explorar en la causalidad de los mismos, pero también, y fundamentalmente, generar soluciones y aportar los recursos disponibles.

La inserción activa del residente en la labor cotidiana del Equipo



**INSTITUTO
ERNA**

ATENCIÓN INTEGRAL
DE CUADROS DE
PSICOSIS
INFANTO-JUVENIL

NIÑOS - ADOLESCENTES - RESIDENCIA
Atención Obras Sociales

DIRECTOR GENERAL: LIC. F. ADRIANO RUFFO

INFORMES: THAMES 1678/80 Cap. Fed. (1414)
Telcf.: 832-5774 de Lunes a Viernes de 10 a 17 hs.

PAIDOS

Christopher Bollas
SER UN PERSONAJE
Psicoanálisis del sí-mismo y experiencia

Marcelo Hekier y Celina Miller
ANOREXI-BULIMIA: DESEO DE NADA

Natalio Fejerman y otros
AUTISMO INFANTIL Y OTROS
TRASTORNOS DEL DESARROLLO

**Jeremy D. Safran
y Zindel V. Segal**
EL PROCESO INTERPERSONAL
EN LA TERAPIA COGNITIVA

Elisa Bianchi (comp.)
EL SERVICIO SOCIAL
COMO PROCESO DE AYUDA

Vittorio F. Guidano
EL SÍ-MISMO EN PROCESO

de Salud-Salud Mental posibilitará la presencia continua de un marco de contención afectivo y técnico (monitoreo y supervisión de la tarea) y también su participación en la evaluación sistemática, en su proceso de formación y en la residencia en sí misma.

Es conveniente resaltar el lugar de cada uno como transformador y "transformándose" como condición de ser partícipe del proceso de desmanicomialización puesto que los propósitos gestores de esta

- Posibilitar la inclusión a nivel nacional de una formación alternativa en Salud Mental tal como pretende ser la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria.

Estos propósitos han sido determinados por todas las actividades de capacitación, desarrolladas desde el Departamento de Salud Mental de la Dirección General de Servicios de Salud del Consejo Provincial de Salud Pública y que han sido extensivos a la co-

La formación de operadores de Salud Mental en Río Negro ha ido creciendo hasta revelarse en una propuesta de mayor cualificación a través de un Sistema de Residencia que:

- Aborde la problemática de la salud desde un enfoque colectivo y según los lineamientos político-sanitarios.

- Incluya la estrategia de la Atención Primaria de la Salud como principio rector y desarrolle los conceptos e ideología que la



propuesta educativa son:

- Consolidar nuestro Sistema de Salud Mental con la capacitación del recurso humano adecuado y necesario al Sistema de Salud Provincial y de acuerdo a la Ley 2440.

- Garantizar la cobertura en áreas críticas a través del establecimiento de estos profesionales al finalizar su capacitación por un período de tres años.

munidad hospitalaria y con especial énfasis a la población en general.

La experiencia lograda hasta ahora ha demostrado que la participación e intercambio de los diversos actores sociales reconoce en la actitud activa una condición indispensable para el desarrollo social, desechando la recepción pasiva de la información y respuestas institucionales.

sustentan.

- Entienda y atienda los problemas individuales y grupales de una concepción y encuadre comunitario.

- Se oriente básicamente hacia la facilitación y sostenimiento de aquellas condiciones de vida que favorecen la salud y no hacia la enfermedad y su asistencia.

- Priorice la experiencia como proceso capacitante y la teoría sea

el soporte del análisis y la reflexión.

— Habilite al egresado para llevar adelante su trabajo en los hospitales de la Provincia en mejores condiciones que aquellos formados en otras latitudes, dándole por ello la prioridad ocupacional correspondiente.

Todo esto demanda:

- Tomar como eje del trabajo el sostenimiento de la salud de las personas y sus condicionantes pudiendo intervenir para promover el mejoramiento de las mismas.

- Relacionar los aspectos epidemiológicos y de Atención en Salud Mental incluyendo los determinantes socio-económicos.

- Incentivar y propiciar el trabajo comunitario como una modalidad que rescata valores éticos y solidarios y los encuadres comunitarios de atención que respetan el contexto, la historia, la cultura y valores de las personas y que especialmente cuestionan y transforman las relaciones de poder entre ellas, descentrando al profesional y al sistema como únicos protagonistas de los procesos de salud-enfermedad.

- Desarrollar cuidados de la salud mental que incluyan los tres niveles de prevención y las funciones de capacitación, docencia e investigación.

- Implementar modalidades terapéuticas promocionales alternativas al trabajo psicoterapéutico tradicional apoyando el proceso de desmanicomialización de la Provincia de Río Negro.

- Participar y promover el trabajo intersectorial, evaluando los recursos comunitarios disponibles y las respuestas sociales favorecedoras de la promoción de la salud y prevención de los daños.

- Prestar asesoría a instituciones comunitarias gubernamentales y no gubernamentales.

- Realizar trabajos de investigación científico-clínica, comunitaria y/o epidemiológica identificando factores de riesgo en diferentes grupos poblacionales.

- Emplear bases de la programación de acuerdo a la planificación estratégica para la formulación de actividades en los tres niveles de prevención, acorde a la Ley N° 2440.

Desde el punto de vista educacional, la Residencia Interdiscipli-

Áreas de conocimiento

Básicas

- Salud Mental
- Gestión Social Rionegrina de la Salud
- Modelos terapéuticos en Salud Mental

Complementarias

- Semiología y Clínica psiquiátrica
- Psicofarmacología
- Epistemología
- Psicología
- Psicopatología
- Investigación
- Epidemiología Social y General
- Planificación y Programación

Distribución de Asignaturas por año

Primer año

- Salud Mental
- Semiología y Clínica Psiquiátrica
- Psicofarmacología I
- Gestión Social Rionegrina de la Salud Mental I
- Modelos Terapéuticos en Salud Mental I
- Epistemología I
- Psicología
- Investigación I
- Epidemiología Social y General I

Segundo año

- Salud Mental II
- Psicofarmacología II
- Gestión Social Rionegrina de la Salud Mental II
- Modelos Terapéuticos en Salud Mental II
- Epistemología II
- Psicopatología I
- Investigación II
- Epidemiología Social y General II

Tercer año

- Salud Mental III
- Psicofarmacología III
- Gestión Social Rionegrina de la Salud Mental III
- Modelos Terapéuticos en Salud Mental III
- Psicopatología II
- Investigación III
- Planificación y Programación

na en Salud Mental Comunitaria, se encuadra dentro del marco teórico pedagógico del aprendizaje de adultos, como es el caso de los trabajadores de los servicios de salud. Por ello, esta Residencia se centra en el estudio, la confrontación y la búsqueda de opciones de solución ante los problemas que

presenta la dinámica social. La experiencia laboral es el proceso dinámico que garantiza no sólo la obtención de nuevos conocimientos y habilidades y la reelaboración de conceptos, sino que también posibilita ampliar el contexto educativo oponiendo y complementando las distintas dimen-

Neurotransmisores

Bases neurobiológicas y farmacológicas

Jean-Marie Meunier

Profesor de la Universidad de Caen

Alexandre Shvaloff

MB, MS, Ex-asistente de Fisiología Médica

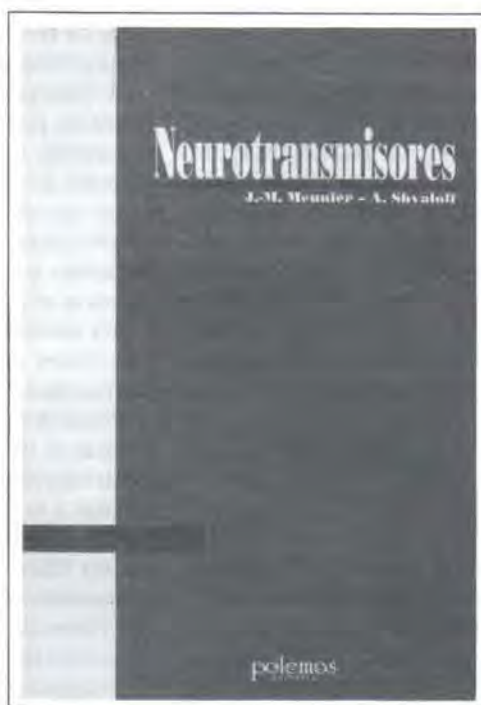
Prólogo a la edición en castellano

Luis María Zieher

Profesor titular regular, Depto. de Farmacología
Facultad de Medicina, U.B.A.

Este libro presenta, en forma sintética, una visión multidisciplinaria de los elementos de la biología de la transmisión sináptica y expone nuevos datos ya bien establecidos.

Ante el considerable avance de los conocimientos en neurobiología durante estos últimos años, se reúnen aquí datos que a menudo se encuentran dispersos en diferentes obras. Aunque este documento no constituya el programa determinado de un curso universitario en particular, permite a médicos y estudiantes relacionar disciplinas a veces aisladas y adquirir un conocimiento global del estudio de los fenómenos nerviosos.



PSICOFARMACOLOGIA CLINICA INFANTO-JUVENIL

Nelson F. Albiano • Luis E. Barrera • Susana P. de Bronstein •
N. A. Chamoles • Pablo Croce • S. M. Ferraro
• Gustavo Finvarb • Patricia Frieder • Laura R. Guelman •
Julio Moizeszowicz • Héctor J. Ramos • Sergio L. Rojtenberg
• Bernardo A. Sabelli • Jorge C. Ulnik • Héctor A. Waisburg •
Ricardo Yamahuchi • Luis M. Zieher

Juan Carlos Stagnaro • Hugo Massei (Compiladores)

“La psicofarmacología de niños y adolescentes ha sido objeto en los últimos años de incesantes estudios y encendidas polémicas. Las opiniones sobre sus riesgos y sus beneficios han dividido a los especialistas entre quienes plantean el abstencionismo total en su uso, por un extremo, y los que recomiendan calurosamente su empleo por el otro.

Entre ambos, la mayoría se interroga, desde la clínica, sobre la conveniencia de su indicación articulada con otras técnicas –psicoterapéuticas, institucionales– en una estrategia global de tratamiento. Este volumen colectivo reúne trabajos de destacados investigadores en el tema quienes analizan en forma actualizada este imprescindible capítulo de la terapéutica infanto-juvenil”

siones y categorías que influyen en el proceso Salud-Enfermedad.

En síntesis, el análisis del proceso de trabajo es una fuente de saberes que permite investigar los factores que intervienen en el proceso social y en sus resultantes salud-enfermedad, pero además brinda el espacio material para implementar las acciones que indiquen las inducciones-deducciones de aquel análisis.

Sin embargo, la transformación de la práctica cotidiana con vistas a un cambio en el modelo de atención, precisa una adecuada articulación de la misma con la teoría, por lo cual el aprendizaje será apoyado con otras instancias como ateneos, seminarios, cursos, talleres, supervisión, monitoreo, etc...

Objetivos

Dentro del marco conceptual global, se han determinado los siguientes objetivos generales de los cuales deberá apropiarse el residente y que determinarán su perfil:

- Promover un cambio de actitud en el trabajador de la salud desde un modelo socio-comunitario de Atención.

- Visualizar el trabajo en Equipo como paradigma de este modelo de atención.

- Integrar la salud mental en una perspectiva general de la salud desde la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

- Interpretar epistemológicamente el marco conceptual del proceso salud-enfermedad.

- Identificar los factores determinantes y condicionantes del sufrimiento mental a nivel individual, familiar, grupal, institucional y comunitario, conociendo los factores y condicionantes culturales, sociales, económicos e históricos de la Comunidad en que trabajan.

Modalidad operativa

La Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria (RISMC), tendrá una duración de tres años, pudiendo acceder a ella agentes de salud que según su área de trabajo y prioridades esta-

blecidas, se incorporarán paulatinamente: médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, etc...

La RISMC se propone iniciar en el año 1994 un Sistema Semi-Preseñal que garantice al Residente el tiempo necesario para profundizar la teoría y la práctica de los temas trabajados.

El Sistema Semi-Preseñal se plantea por encuentros que se producen cada un determinado período de tiempo. La RISMC propone encuentros bimestrales de aproximadamente una semana de duración y en los lugares con Residencia asignada.

Los encuentros se dividirán en diferentes momentos en los que se abordará:

- Inserción y adaptación del Residente al medio.

- Inserción y adaptación del Residente a la tarea.

- Análisis y Supervisión de la tarea en diferentes ámbitos de funcionamiento.

- Presentación y desarrollo de los temas teóricos a trabajar.

- Síntesis y conclusiones de lo trabajado en la reunión anterior.

- Evaluaciones del Desarrollo de la Residencia y de la tarea en el Servicio de Salud Mental correspondiente.

- Auto-evaluación individual y colectiva.

Se tratará de realizar las reuniones en cada localidad para visualizar las distintas experiencias, logros y obstáculos alcanzados, generando un intercambio/comunicación que trascienda los encuentros previstos.

La estructuración operativa y el diseño del programa responden a una intencionalidad ya explicitada: partir desde el ámbito comunitario individual, del hombre sano al enfermo, de la intervención precoz en las crisis a los tratamientos prolongados...

Así el residente de primer año se concentrará en el estudio de la salud y sus condicionantes, y se ubicará principalmente en la comunidad, en escuelas, juntas vecinales, efectores de salud del primer nivel, grupos de autoayuda, etc. En función de ellos su actividad principal será la elaboración de diagnósticos comunitarios a través de la investigación-acción determinando perfiles de riesgo,

alternativas y recursos disponibles, etc. En el ámbito intrahospitalario concentrará su accionar en la intervención en crisis a través de la modalidad de guardia pasiva rotativa para apoyar los servicios de guardia de los hospitales generales.

El residente de segundo año trabajará sobre el proceso salud-enfermedad y el estudio de los determinantes de esta última. Deberá abocarse a fortalecer su inserción en el equipo interdisciplinario del Servicio de Salud Mental y del Hospital General. Realizará la admisión, diagnóstico, orientación y asistencia de los pacientes ambulatorios de los consultorios externos de salud mental: llevará a cabo el seguimiento de los pacientes en crisis; efectuará interconsultas de psicoprofilaxis (quirúrgica, obstétrica) y otras derivadas de las demás especialidades. Deberá participar activamente en la organización de su servicio y su integración con las demás áreas hospitalarias y fundamentalmente en las tareas interinstitucionales y comunitarias que son la base de este programa.

Durante su tercer año, el residente tendrá que desarrollar trabajos de asesoramiento a otras instituciones y participar en los demás programas interdisciplinarios que se desarrollen en el Área Programa. Además será responsable del apoyo y tutoría a los residentes de primer año.

Se incluirá en proyectos de investigación y en la producción de publicaciones.

Esta división es a los fines operativos, ya que los tres años están atravesados por igual concepción y práctica, sólo que su compromiso, participación y responsabilidad varía según lo reciente o prolongado de su incorporación.

Técnicamente, esta Residencia dependerá directamente de la Dirección General de Servicios de Salud del Consejo Provincial de Salud Pública y, administrativamente, de la Dirección del Área Programa a través del respectivo servicio de Salud Mental.

Explicitamos que esta Currícula tiene la particularidad de ser abierta para permitir la participación, el debate, la reflexión y el aporte de los Equipos de Salud Mental de la Provincia ■



LECTURAS

Goldar, J. C., Rojas, D. y Outes, M. **Introducción al diagnóstico de las psicosis**. Edit. Galerna, Bs. As., 1994, 216 páginas.

Desde la presentación del texto los autores toman partido con total transparencia. Es un texto militante que busca "señalar el camino perdido, indicar la senda que conduzca a las fuentes". Tal operación de transmisión de un saber secular apunta a orientar en su aprendizaje de "artesano" al "aprendiz que camina a ciegas por el taller de la clínica".

Las clasificaciones hoy en boga, coincidimos, están plagadas de eufemismos y la riqueza de la clínica sufre un aplanamiento cuanto menos simplista.

Goldar y colaboradores atacan el problema munidos de la óptica diferencial que nos ha dejado la más fina clínica clásica. El penetrante análisis descriptivo de Kalhbaum y Hecker se posa en las historias contemporáneas de pacientes porteñas, habitantes del Moyano, adonde profesan los autores que así lo subrayan desde la portadilla. En un *continuum* temporal y teórico son Kleist y Leonard quienes vienen a completar con sus conceptualizaciones el panorama de la psicosis que presenta el texto (ver a modo de ilustración y referencia el artículo de D. Rojas en el Dossier de este número de Vertex). Pasan así ante nuestros ojos las esquizofrenias, las catatonias, la psicosis maniaco-depresiva, los síndromes delirantes transitorios, los estados confusivos, los síndromes alucinatorios

crónicos, que terminan ordenando su universo en un diagrama con cuatro órbitas concéntricas. Desprovisto de toda pretensión doctrinaria, este esquema nosográfico que corona el libro lo justifica en la intención de sus autores. El centro del universo de la psicosis, así presentada, el vórtice de la galaxia de la locura, está ocupado por la catatonía. Como siempre en las obras en que interviene J. C. Goldar una prosa remarkable viene a asistir a los argumentos.

J. C. S.

Fernández Labriola, R. y Kalina, E. **Psiquiatría Biológica, aportes argentinos**. Cangregal Psi, Bs. As., 1994, 252 páginas.

Este volumen se inscribe en la ya larga serie de trabajos impulsada por las Asociaciones de Psiquiatría Biológica de América Latina. En esta oportunidad se trata de profesionales que desarrollan actividades de docencia en investigación, nucleados en el Capítulo de Psiquiatría Biológica de APSA. Los temas abordados, vastos y de actualidad, se reparten en cuatro secciones: Aportes al TOC y trastornos asociados; Aportes a las depresiones y suicidios; Aportes a los exámenes complementarios de diagnóstico y Aportes a la Biología y la Psicofarmacología. Allí se agrupan dieciséis trabajos breves y concisos que demuestran el renovado interés en el campo de la Salud Mental por el abordaje biológico de sus problemas.

N. C.

SEÑALES

CONGRESO NACIONAL
PRIMER
ACOMPANAMIENTO
TERAPEUTICO

Hacia una
Articulación
de la
Clínica y la
Teoría

**Primer Congreso Nacional
de Acompañamiento
terapéutico
11 y 12 de noviembre**

Los temas a desarrollar serán:

El acompañante terapéutico

- En el Hospital de Día
- En el ámbito psiquiátrico y psicoanalítico
- En el tratamiento de las psicosis
- En el tratamiento de las adicciones en general y de las toxicomanías en particular.
- En la práctica con niños. Debilidad mental, autismo, psicosis infantil.

¿Qué formación para el acompañante terapéutico?

- Mesas redondas:
 - La ética y el acompañamiento terapéutico
 - Estatuto legal del acompañante terapéutico

Informes e inscripción: Fundación Centro Psicoanalítico Argentino. Santa Fe 3598, 1° piso "B", Cap. Fed. Tel.: 824-1728 (de 15 a 22 hs.); Fundación Estilos, Potosí 4292, Cap. Fed., Tel.: 958-1193 (de 11 a 20 hs.).

Aranceles: Hasta el 28-10: \$25.
Desde el 31-10 al 11-11: \$40

Auspician:

Fundación Centro Psicoanalítico Argentino; Fundación Estilos; Revista Vertex; Librería Ed. Tekne.

Acerca del X Congreso Argentino de Psiquiatría Diez años de Psiquiatría y Democracia

"Paisaje de una ancestral cultura, de dulce lengua quechua, es aquí en esta tierra hospitalaria de nobles y sufridas gentes en donde APSA viene a meditar en conjunto sobre la crisis Social y Cultural. Nuestra elección del lugar no ha sido fruto del capricho sino que creamos firmemente que, como Psiquiatras debemos estar y ser partícipes en los sitios donde ocurren los fenómenos que dan base a nuestra convocatoria".

Así como prologaba el programa de actividades ocurrió. Días tibios, en una Santiago hospitalaria, propicios al encuentro y el largo discurrir. APSA celebró en un marco impactante de concurrencia y dinámica diez años de Psiquiatría y Democracia, de esta forma, estrechamente vinculadas, sin interrupciones. Con una fidelidad estricta a los dictados de principios que han guiado su trayectoria: pluralidad de pensamiento, participación, respeto y mucha fuerza. La fuerza necesaria para sostener un proyecto articulado en múltiples ejecutores:

1. El Instituto Superior de Formación de Post-Grado, con la tercera promoción lista para egresar y la sexta ingresando, en una conjunción de realidad y esperanza que ya hemos tenido oportunidad de señalar. Encarando a su vez tareas de formación en todo el país.

2. Los Capítulos que, en número de doce, llevan a cabo una intensa tarea de docencia e investigación, convirtiéndose en espacios fundamentales para la inclusión activa del asociado.

3. Las publicaciones (SINOPSIS, APSA INFORME y PSIQUIATRIA PRACTICA) creadas y desarrolladas por APSA.

4. La inserción internacional, experimentada y reconocida. En la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), donde representa a los psiquiatras argentinos y en la Asociación Mundial de Psiquiatría, con el Dr. Roger Montenegro miembro del Comité Ejecutivo como Secretario del Comité de Representaciones Regiona-

les. Producto de esta seria y comprometida gestión se llevo a cabo el Simposio Regional de la WPA en 1987 y está en desarrollo el próximo en Bariloche para fines de marzo de 1995.

5. Los Congresos Anuales. Diez años ininterrumpidos. Continuidad harto difícil de lograr, puesto que en estas cuestiones no es cosa de aparecer sino mas bien de permanecer.

6. El Comité Interprovincial, expresión cabal de una organización federal, plenamente integrada con un claro propósito nacional. Sin disociaciones, a las cuales después nos referiremos.

Santiago del Estero constituyó una fiesta para todos, fiesta de una permanencia, del trabajo generoso, del reconocimiento pues de esto también se trató, de reconocer en Roger Montenegro una rica integración de factores a través de un austero Acto Académico de homenaje. Al amigo, al profesor, al médico, al colega. Hacedor y participe de los hechos fundamentales de la institución.

Mucho espacio podría llevarnos hacer un análisis de la riqueza de las actividades científicas llevadas a cabo, de la excelencia de los invitados extranjeros. Nos impresionó la presencia de jóvenes. De enfermeros y de otros colegas del equipo de Salud Mental. La reunión de países del Mercosur con la presencia de Chile, significó un nuevo jalón en esta historia de la comunidad de profesionales de la región.

Sabemos que la disociación constituye un fenómeno cierto de las patologías que mas preocupan en el fin del milenio. Pero la problemática disociativa no es exclusiva de los niveles individuales ni microgrupales. Opera en otras dimensiones, cuando prima el interés de una parte por encima del conjunto. Así es y nos preocupa. Pero sin ingenuidades, y tampoco cayendo en el juego disociativo, es menester persistir en el trabajo y la producción. Decíamos que la cuestión es permanecer. Acaso la configuración aparecer-desaparecer entraña para nosotros recuer-

dos dolorosos de caras, de nombres, de personajes. De sombras y otros tiempos.

Hoy, en la cotidianeidad apsiánica seguimos mirando hacia delante. Sin olvidar, pero soñando. Para encontrarnos todos, en la Patagonia, en Liao-Liao.

Unas últimas palabras: gracias a Graciela Lucatelli, a Guillermo Bermúdez, gracias a todos ■

Comisión Directiva
Asociación de Psiquiatras
Argentinos (APSA)
Buenos Aires, Julio de 1994

Hospital "B. Rivadavia" Servicio de Psicopatología Sector Adultos I

Coordinadora: Dra. Liliana Cristina Millas

Curso anual sobre Psicosis

Frecuencia: quincenal
Mayo a Noviembre de 1994
Receso en julio
Coordinación: Lic. Karina Millas.

Jornadas de Psicofarmacología

28 y 29 de julio de 1994
Coordinación: Dra. Liliana Millas y
Dra. Miriam Luna.

1as Jornadas Interinstitucionales en Drogadependencia

22 y 23 de setiembre de 1994
Coordinación: Dra. Liliana Millas

Jornadas Interhospitalarias sobre el abordaje teórico- clínico de las Enfermedades Psicosomáticas

Primera semana de octubre
Coordinación: Dra. Mabel Fichman

Jornadas sobre Violencia y maltrato: distintos abordajes teóricos y clínicos

20 y 21 de octubre de 1994
Coordinación: Lic. Gabriela González
Illoz y Lic. Gabriela Guglielmo.



**"Nuevos
desafíos:
Clínica,
Neurociencias y
Psicoterapias"**

**Simposio Regional de la
WPA y XI Congreso
Argentino de Psiquiatría
APSA**

**29, 30 y 31 de marzo
y 1 de abril de 1995
Bariloche, Argentina**

Aranceles de inscripción: a) Profesionales latinoamericanos: u\$s 100; b) Profesionales latinoamericanos en capacitación: U\$S 60; c) Profesionales de otras regiones: U\$S 250; d) Acompañantes: u\$s 40. El arancel reducido para los latinoamericanos fue decidido de modo tal de promover su actualización e intercambio con prominentes colegas de todo el mundo. Los aranceles de los parti-

cipantes incluyen sesiones científicas, material impreso de conferencias y una recepción de bienvenida. El arancel para las personas acompañantes, incluye recepción de bienvenida y un *tour* por la ciudad, programado para que coincida con las sesiones científicas. La fecha tope para inscripción anticipada (arancel reducido) será el 31 de diciembre. Desde el 1 de enero de 1995: a) U\$S 150, b) U\$S 100, c) U\$S 300, d) U\$S 60.

Si usted requiere alguna información adicional o asistencia, póngase en contacto con la Presidencia Dr. Roger Montenegro Dr. Miguel Angel Materazzi, APSA Asociación de Psiquiatras Argentinos, San Martín 579, 2° piso, 1004, Buenos Aires, Argentina. Telefax: 54-1-393-3059 /3381 /3129.

Fechas importantes: 30 de noviembre de 1994, fecha tope para remitir *abstracts*.

31 de diciembre de 1994, fecha tope para inscripción anticipada (aranceles reducidos).

Fe de erratas

En el N° 16 de nuestra Revista, se deslizaron dos errores:

En el artículo "La Psicomotilidad en la clínica psiquiátrica: incorporación de parámetros cualitativos en su estudio" en la pág 91, 10a. línea de **Conclusiones** donde dice "Nivel **General**" debe decir "Nivel **Cerebral**".

Faltan las dos últimas líneas del artículo "Controversias históricas: psiquiatras clásicos y psicoanalistas" pág 151; que hubiera concluido así:

"No es precisamente con fruición que relato estos hechos, en los que *pars parva* fui, sino con el propósito de aleccionar acerca de los extremos a que pueden conducir el dogmatismo y la intolerancia sectaria".

Ofrecemos nuestras disculpas a los autores y lectores.

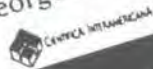
NOVEDAD EDITORIAL

**ELECCION
FINAL**

**VIVIR
O
MORIR**

**EN LA ERA DE
LA TECNOLOGIA
MEDICA**

Dr. George M. Burnell



**QUÉ HACER
FRENTE AL PACIENTE TERMINAL**

**ELECCION
FINAL**

por Dr. George M. Burnell..... \$ 39.-

Pídalo a su librero, o en

EDITORIAL

CIENTIFICA INTERAMERICANA



M. T. de Alvear 2147 (1122) Bs. As. - Tel. 822-4615/3956 - Fax 827-0486



II Congreso Mundial de Estados Depresivos

12 al 15 de octubre de 1994
Mendoza, Argentina

Simposio Internacional de Ansiedad y Pánico

Comisión Organizadora

Presidente:

Dr. Jorge Nazar

Vice Presidentes:

Dr. Benigno Gutiérrez

Dr. Ricardo Sardi

Secretaría General

Dr. Fernando Linares

Lic. Gloria Wehbe de Nazar

Secretaría de Relaciones Profesionales

Dr. Alberto Bertoldi

Dr. Roberto Fernandez Labriola

Dr. Ramón Piezzi

Dr. Jaime Smolovich

Dr. Anibal Yaryura Tobías

Secretaría de Publicaciones

Lic. Marco Carbonetti

Dra. Graciela Chacón de Drey

Dr. Julio Herrera Mingorance

Dr. Omar Rodríguez Rech

Dr. José Ramón Vera

Secretaría de Prensa

Dr. Alfredo Crocco

Lic. Santiago Nazar

Dra. Alicia Tello

Secretaría de Finanzas

Dr. Juan Carlos Bocha

Secretaría Administrativa

Srta. Cecilia Arce

Srta. María Valerio Ledesma

Sra. Gladys Senin de Darwich

Comité Científico

Dr. Juan Carlos Bacha

Dr. Alfredo Donoso

Prof. Nolberto Espinosa

Dr. Roberto Gueembe

Dra. Norma Magnelli

Dr. Eduardo Rodríguez Echandía

Lic. Silvia Salzman de Cirasino

Dr. Juan José Vilapriño

Auspicios

Fed. Mundial Psiquiatría (WPA)

Federación Mundial de Psiquiatría Biológica

Federación Latinoamericana de Psiquiatría Biológica
Asociación Argentina de Psiquiatría Biológica
Asociación Latinoamericana de Psiquiatría
Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA)

Mensaje del Presidente del Congreso

Han transcurrido casi tres años de la realización del Congreso Mundial sobre Estados Depresivos en octubre de 1990 en Mendoza. Al cierre del mismo transmitimos a los asistentes el sentimiento de satisfacción por la tarea cumplida pues se había logrado establecer durante los cuatro días de trabajo un verdadero ámbito de discusión científica en un alto nivel académico y de excelencia donde figuras destacadísimas de la psiquiatría mundial comunicaron sus conocimientos y experiencias en relación a la problemática de depresiones abordadas en todas dimensiones desde los aspectos más biológicos a los preventivos y sociales. Todo ello en un ámbito de tal integración progresiva que esta característica le dio el marco sobresaliente al Congreso el que se constituyó en un auténtico panel disciplinario altamente enriquecedor. Como exponente de ello recuerdo las reflexiones del Profesor Armando Roa quien expresara: "...sin duda existe una realidad distinta al propósito de las depresiones antes y después del Congreso".

Hoy volvemos a comunicarnos con ustedes para invitarlos una vez más a compartir un nuevo foro de discusión. Esta vez para participar del II Congreso Mundial de Estados Depresivos y Simposio Internacional de Ansiedad y Pánico que se realizará en Mendoza, Argentina, desde el 12 al 15 de octubre de 1994. Reunirá a las principales figuras de la Psiquiatría Mundial que se han destacado en los últimos años por sus aportes e investigaciones relacionadas con las temáticas del Congreso. En es-

ta oportunidad hemos creído fundamental incorporar el Simposio de Ansiedad y Pánico pues sostenemos que está vinculado al hombre de hoy ya que la angustia se presenta casi como una constante en su conducta normal y patológica.

Por ello creemos en la necesidad de reunirnos después de cuatro años para reflexionar sobre estos dos aspectos de la psiquiatría de nuestros días y por ende del hombre contemporáneo como lo son los estados de ánimo y sus trastornos y los desórdenes por ansiedad y pánico.

Quiero en nombre del Comité Organizador invitarlos a participar con nosotros de este encuentro y poder recibirlos en Mendoza en octubre de 1994.

Dr. Jorge Nazar

Inscripción

Para participar en cualquier actividad del Congreso es imprescindible la inscripción al mismo, la que se ha fijado en los siguientes valores:

Hasta setiembre de 1994: u\$s 140

A partir de octubre de 1994: u\$s 160

Secretaría e Informes

La Secretaría del Congreso recibirá toda la correspondencia e informará de todas las actividades que se desarrollen durante el mismo en su sede del Departamento de Psiquiatría, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, Parque General San Martín, Ciudad de Mendoza, Casilla de Correo 33, Código Postal 5500, en los teléfonos habilitados llamando a los números 54-61-25-4400, int. 413; 54-61-24-7672 o a los números de Fax 54-61-38-1356 y 54-61-38-0232.

Sede del Congreso

El Congreso se llevará a cabo en la Ciudad de Mendoza en el Centro de Congresos y Exposiciones, Avenida Peltier 611.

La Ciudad en los tiempos del SIDA

Se han realizado con gran afluencia de participantes las jornadas "La Ciudad en los tiempos del SIDA" organizadas por la Vicepresidencia 2º del HCD, los días 19 y 20 de Agosto de 1994. El evento contó con la participación de numerosos equipos de organismos oficiales y de servicios hospitalarios especializados en el tema, así como de organizaciones no gubernamentales y de entidades sindicales y de Derechos Humanos. Todos ellos desarrollaron el siguiente programa de actividades:
VIERNES 19 DE AGOSTO DE 1992:

17 hs.: Apertura oficial.

Palabras del Concejal Eduardo Jozami, Vicepresidente 2º del HCD.

Coordinación General y presentación: Carlos De Lorenzo.

18 hs.: Panel de apertura a cargo del Dr. Antonio Cartañá (Controlador General Comunal), Dr. Pedro Cahn, Lic. Mario Burgos.

19,30 hs.: Inscripción y formación de las comisiones de trabajo.

Listado de comisiones:

a- AREA PREVENCION:

1. Políticas en prevención.
2. Educación para la salud. Formación de recursos comunitarios.

b- AREA POLITICAS ASISTENCIALES:

1. Epidemiología del SIDA. Asistencia a personas VIH.
2. Problemática del trabajo del personal de salud. Situación de los servicios hospitalarios.

c- AREA LEGAL:

1. Legislación y SIDA.
2. Los derechos humanos de las personas que viven con VIH.
3. Discriminación laboral.

SABADO 20 DE AGOSTO DE 1994:

9 a 12,30 hs.: Reunión de las Comisiones de Trabajo.

13,30 a 14,30 hs.: Redacción de los informes de las Comisiones.

14,30 a 17,30 hs.: Plenario General

18 hs.: Clausura.

TOPIA Revista, PSICOANALISIS, SOCIEDAD Y CULTURA

Recibimos en nuestra redacción dos recientes y excelentes números de TOPIA Revista, PSICOANALISIS, SOCIEDAD Y CULTURA dirigida por Enrique Carpintero con la Coordinación General de Claudio Boyé.

En el número 10, de Abril/Julio de 1994, señalamos en especial la sección "Los Niños y Adolescentes de Fin de Siglo", cuyo contenido es:

NUEVAS TECNOLOGIAS: ¿NUEVOS MODOS DE SUBJETIVIDAD?, por Silvia Bleichmar; EL CUERPO COMO ACTO SACRIFICIAL EN PUBERTAD Y ADOLESCENCIA, Por Ricardo O. Magnetto; LA ADOLESCENCIA DEL AÑO 2000, por Laura E. Billet; APELAN AL CUERPO DEL NIÑO, por Daniel Calmels; SOBRE DIOS Y DIOSAS, por César Hazaki;

INTERROGANTES DEL CAMPO CORPORAL, Por Liliana Singerman.

Y también TOPIA N° 11, Agosto/Octubre de 1994, centrada en el Dossier: "Cien años de Clínica Psicoanalítica".

Escriben: Eva Giberti, Hugo Vazzetti, Juan Carlos Volnovich, Alfredo Grande, Claudio Boyé, Susana Volosín, Enrique Carpintero. "El Psicoanálisis Hoy":

Fernando Ulloa, Gilou García Reynoso, Silvia Bleichmar, Samuel Arbiser, Carlos Bruck.

"Un Psicoanalista en el 2050":

Ricardo Estacolchic.

"Cuerpo y Psicoanálisis":

Nélida Lanzeri.

"El Psicoanálisis después de Auschwitz":

Enrique Carpintero.

PLAN PROMOCIONAL "VERTEX 1994"

Ud. puede suscribirse y adquirir los números anteriores, aprovechando diferentes Colecciones que componen nuestro plan promocional 1994

COLECCION N° 1
Suscripción 1994,
8 números anteriores a elección y libro
"Psicofarmacología Clínica Infanto-Juvenil"
\$110

COLECCION N° 2
Suscripción 1994, y
8 números anteriores a elección
\$100

COLECCION N° 3
Suscripción 1994,
4 números anteriores a elección y libro
"Psicofarmacología Clínica Infanto-Juvenil"
\$90

COLECCION N° 4
Suscripción 1994, y
4 números anteriores a elección
\$80

COLECCION N° 5
Suscripción 1994, y libro
"Psicofarmacología Clínica Infanto-Juvenil"
\$65

COLECCION N° 6
8 números anteriores a elección y libro
"Psicofarmacología Clínica Infanto-Juvenil"
\$65

COLECCION N° 7
4 números anteriores a elección y libro
"Psicofarmacología Clínica Infanto-Juvenil"
\$50

COLECCION N° 8
4 números anteriores a elección
\$35

Suscripción 1994
(4 números y 2 Suplementos)
\$55

Pagos en dos veces o con tarjetas VISA y/o BANELCO.

Suscríbase o adquiera nuestras Colecciones solicitando promotor, telefónicamente, o por correo (enviando cheque a la orden de POLEMOS S. A. a nuestras oficinas)
Callao 157, P. B. "C" (1022) Capital Federal. Tel.: 49-0690 y 953-2353.