

VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

28



AVANCES EN NEUROCIENCIAS Y PSICOFARMACOLOGIA

Elenitza / Juse / Thierer

Wikinski / Zieher

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

Volumen VIII - N° 28 Junio - Julio - Agosto 1997

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

Comité Científico

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

Secretaría de Redacción:

Norberto Aldo Conti (Coordinador);
Gabriela Silvia Jufe, Sergio Strejilevich, Fabián Triskier

Corresponsales en:

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

Corresponsales en el Exterior:

ALEMANIA Y AUSTRIA: A. Woitzuck. **AMÉRICA CENTRAL:** D. Herrera Salinas. **CHILE:** A. San Martín. **CUBA:** L. Artiles Visbal. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **ESPAÑA:** J. Giménez Avello, A. Berenstein, M. A. Díaz. **EE.UU.:** A. Sudilovsky (Pittsburg); C. Toppelberg (Cambridge); A. Yaryura Tobías (Nueva York). **FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas. **MÉXICO:** M. Krassoievitch; S. Villaseñor Bayardo. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar.

Gerencia y Administración:
Carlos De Lorenzo

Diseño
Coordinación y Corrección
Mabel Penette

Composición y Armado:
Omega Laser Gráfica
Callao 157 P.B. "C"
(1022) Buenos Aires

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

Informes y correspondencia:
VERTEX, Callao 157 P. B. "C",
(1022), Capital Federal, Argentina,
Tel. 373-0690 - 372-8896 Fax: 373-0690

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

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: N° 207187 - ISSN 0327-6139
Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX VOL. VIII N° 28, JUNIO, JULIO, AGOSTO 1997

Todos los derechos reservados. © Copyright by POLEMOS S.A.

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

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

SUMARIO

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- **"La psiquiatría ¿una ciencia de la persona?"**,
María Lucrecia Rovaletti pág. 85
- **"Experiencias infantiles vinculadas a la muerte y la enfermedad en los pacientes con trastorno por pánico"**,
Clelia Manfredi, Leonardo Linetzky, Juan José Poderoso pág. 92
- **"Abordaje familiar en la internación psiquiátrica"**,
Andrea Mathov pág. 96

DOSSIER

AVANCES EN NEUROCIENCIAS Y PSICOFARMACOLOGIA

- **Farmacología de las nuevas drogas antidepresivas**,
I. M. Elenitza pág. 104
- **Los nuevos antipsicóticos**, Gabriela S. Jufe pág. 109
- **Plasticidad neuronal y psicofarmacología**, D. E. Therier pág. 115
- **Mecanismo de acción de drogas psicotrópicas: métodos para su investigación**, S. Wikinski pág. 118
- **"Neurociencias, psicofarmacología y psiquiatría: cambios cualitativos"**, Entrevista a L. M. Zieher
por G. S. Jufe y F. Triskier pág. 121

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- **Un viaje a Anticira**, Juan Carlos Stagnaro pág. 128
- **Introducción al "Coloquio Internacional"**,
Jean Delay pág. 129
- **Una visión de conjunto de las posibilidades farmacológicas en Psiquiatría**, W. Mayer-Gross pág. 131
- **La Clorpromazina ¿Abre una nueva era en los Hospitales Psiquiátricos?**, Winfred Overholser pág. 134

CONFRONTACIONES

- **Aspectos epistemológicos de la obra de Freud**,
P. M. Gabay y M. Fernández Bruno pág. 137
- **La piel de cordero, una metáfora para la acción individual**, B. Kalinsky pág. 145

LECTURAS Y SEÑALES

- **"Lecturas"** pág. 150
- **"Señales"** pág. 151
- **Henri Ey, 20 años después...** Eduardo L. Mahieu pág. 155

EDITORIAL

E

n el número de mayo de 1997 del *Psychiatric Services* se puede leer un artículo del Dr. Robert K. Schereter, profesor en la Escuela Universitaria de Medicina John Hopkins, en Baltimore, EE.UU., que contiene una apretada síntesis de los conceptos actuales sobre las "Habilidades Esenciales en la Administración de la Atención en Patologías de la Conducta" (*Managed Behavioral Health Care*).

En el mismo se desarrolla un inventario exhaustivo de las cualidades y capacitación que deben poseer los agentes de salud, en general, y los psiquiatras en particular, teniendo en cuenta el costo económico como un "factor crucial en la toma de decisiones clínicas". A tal efecto se recomienda proveer tratamientos orientados y focalizados en metas, entendiendo que un episodio de tratamiento está terminado cuando se alcanzaron esas metas, "incluso existiendo problemas adicionales que podrían tratarse en un tratamiento más largo". Este enfoque terapéutico se basa en que "lo que los clínicos refieren como cambio estructural –cambio en las estructura psíquicas básicas– y cambio de carácter ya no son más reembolsables por la mayoría de los seguros".

Por la misma razón se recomiendan, (más allá de sus clásicas y útiles indicaciones) los tratamientos grupales, de familia y pareja y las hospitalizaciones ultrabreves (¿desmanicomialización paradójica?) a fin de abaratar los costos en Salud Mental. Los criterios de tal sistema estarían dados por la aplicación de una serie de pautas estandarizadas que estipulan tiempos y modos de tratamiento para cada situación clínica establecidas mediante consenso por la "Asociación Americana de Psiquiatría, la Asociación Psicológica Americana, y organizaciones (¿privadas?) de administración de Salud" quienes formularían así "mapas de ruta" para que el clínico conduzca a su paciente.

"El clínico –continúa Schereter– deberá preferir los tratamientos grupales en lugar de los individuales, los basados en la comunidad [religiosos, barrios...] y los programas de autoayuda en lugar de Servicios de Salud Mental, e intervenciones cognitivo-conductistas más bien que tratamientos basados en la psicología del Yo o en las relaciones objetales". Se espera que de esta manera se concentre la utilización del presupuesto estatal y de los seguros privados en "los pacientes de alto riesgo y alto costo".

Siguen otras consideraciones que merecen un análisis más extenso que el que permite este espacio.

En la última parte del artículo, en el que planea permanentemente una ambigüedad entre quiénes se benefician en último término con la propuesta: los pacientes o los seguros médicos, el Dr. Schereter intenta una síntesis ética difícil de lograr: aceptar todos los criterios anteriores pero "abogar siempre por el mejor beneficio del paciente".

Para quienes estamos en relación con la práctica concreta en Salud Mental tal recomendación sólo puede sonar a pura ingenuidad, a un calmante para la falsa conciencia o, directamente, a una interesada hipocresía ■

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, o de ser posible, presentados en diskette (en Microsoft Word o Word para Macintosh 5.1) acompañado de su respectiva copia en papel 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 deberá abarcar un máximo de 12 a 15 páginas tamaño carta, dactilografiadas a doble espacio a razón de 28 líneas por página, lo cual equivale aproximadamente a 1620 caracteres por página.

- 3) Las referencias bibliográficas se ordenarán por orden alfabético al final del trabajo, luego se numerarán en orden creciente y el número que corresponde a cada una de ellas será incluido en el correspondiente lugar del texto. Ej.:

Texto: El trabajo que habla de la esquizofrenia en jóvenes(4) fue revisado por autores posteriores(1).

Bibliografía: 1. Adams, J., ...

4. De López, P., ...

- 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 pie de 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 por, al menos dos miembros del Comité Científico quienes permanecerán anónimos, quedando el autor del artículo también anónimo para ellos. 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.

LA PSIQUIATRIA ¿UNA CIENCIA DE LA PERSONA?

María Lucrecia Rovalletti

Universidad de Buenos Aires. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
Juramento 1453, Buenos Aires, Tel./Fax: 54-1-783-9110

Parece extraordinario que mientras las ciencias físicas y biológicas de los procesos-de-ello han logrado imponerse a las tendencias a personalizar el mundo de las cosas o a descubrir intenciones humanas

en el mundo animal, apenas si se ha constituido una auténtica ciencia de las personas, a causa de la inveterada tendencia a despersonalizar o a "reificar" a las personas...
(Laing, 19)

Resumen

¿Es posible superar la deformación de la persona impuesta por una psiquiatría que duplica biológicamente al organismo en uno corporal y en otro anímico, donde la vida anímica se restringe a las categorías de la ciencia natural con sus procesos, funciones, mecanismos, etc.? Tanto para Jaspers como paraBinswanger la psiquiatría tiene como objeto de estudio y de praxis al hombre, no sólo su cuerpo, ni su psique, sino la totalidad de la persona.

Palabras Clave: Psiquiatría - Psicopatología - Fenomenología

PSYCHIATRY: A SCIENCE OF THE PERSON?

Summary

Is it possible to overcome the person deformation imposed by a psychiatry that duplicates the organism (distinguishing the body from the mind) and restricts the mental life to the categories of natural sciences (with their processes, functions and mechanisms, etc.)? For Jaspers as for Binswanger, Psychiatry's object of study and practice is the man, not only his body or his mind but the totality of the person.

Key Words: Psychiatry - Psychopathology - Phenomenology

LA PSYCHIATRIE, UNE SCIENCE DE LA PERSONNE?

Résumé

Est-ce possible surmonter la déformation de la personne imposée par une psychiatrie qui reproduit biologiquement l'organisme en une partie corps et une partie âme, où la vie de cette partie âme se restreint aux catégories de la science naturelle avec ses processus, ses fonctions, ses mécanismes, etc.? Aussi bien pour Jaspers que pour Binswanger, la psychiatrie a comme objet d'étude et de praxis à l'homme, par seulement son corps ou sa psyché, mais la totalité de la personne.

Mots Clé: Psychiatrie - Psychopathologie - Phénoménologie

Sabemos bien cuan habitual es considerar al hombre como una persona o como un organismo, es decir un sistema físico o químico complejo con sus propias idiosincrasias, pero no por ello menos químico.

Sin embargo aquí no se trata del dualismo de dos sustancias diferentes que coexisten en el objeto, como psique y soma. Más bien según sea el marco total de la búsqueda, el hombre es objeto de distintos actos intencionales, de dos *Gestalts* experienciales diferentes que nos descubren dos aspectos diferentes de la realidad humana.

Si el otro es visto en cuanto persona, se me presenta como responsable, como capaz de elección, como agente que actúa por sí mismo, en función de la experiencia de esa persona y de sus intenciones. Pero visto como organismo, su actividad puede ser conceptualizada a nivel de complejidad atómica, molecular, celular, de sistema o de organismo, y su conducta es la mera contracción o la relajación de ciertos músculos; en vez de la experiencia de la secuencia, tenemos que ver con una secuencia de procesos.

De allí que la psiquiatría ac-

tual –a diferencia de la medicina somática–, nos enfrenta con la duplicación biológica del organismo en un organismo anímico y en uno corporal. Pero hablar de organismo anímico, lleva a objetivar la vida anímica, a reducirla a las categorías de la ciencia natural con sus procesos, funciones, mecanismos, etc.

Visto como organismo, el hombre no puede ser más que un complejo de cosas, o de ellos (its), y los procesos del ello (it-processes). Existe la ilusión común de que en cierta manera, uno aumenta la comprensión que tiene de una persona si puede traducir una comprensión personal de ella a los términos impersonales de una secuencia o sistema de procesos de-ello ... En cierta medida, lo hacemos así tanto si utilizamos una analogía con la máquina como si empleamos una analogía biológica en nuestra "explicación"....

Si una persona se experimenta a sí misma como autómatas, como robot, como pieza de maquinaria o aún como animal, con razón se la considera loca. Sin embargo, ¿por qué no considerar igualmente loca una teoría que pretende transmutar a las personas en autómatas o en animales? pregunta Roland Laing. ¿En qué medida las teorías psicopatológicas son capaces de superar la deformación de la persona impuesta por sus propias premisas? Algo se considera "científico", si es "objetivo" en el sentido de despersonalizar a la persona que es el fin de nuestro estudio. Así se opone lo *honroso* de lo "objetivo" o de lo "científico" a lo *deshonroso* de lo "subjetivo", o "intuitivo", o lo que es peor aún, de lo "místico". Van der Berg habla de un verdadero "vocabulario de denigración" en la jerga psiquiátrica, producto de los esfuerzos realizados para evitar pensar en función de los conceptos de libertad, elección, responsabilidad.

Pero la despersonalización(1) en una teoría que quiere ser una teoría de las personas es una contradicción en sí misma. Cuando Jaspers en una reunión de la Sociedad de Psiquiatría Forense en Heidelberg, sostuvo que "los médicos y los psiquiatras deben comenzar a pensar", fue duramente cuestionado. Sin embargo, con

ello postulaba la autonomía de la psiquiatría en confrontación a toda ciencia que procediera con métodos objetivantes, ya que su objeto de estudio y su praxis era el hombre, no sólo su cuerpo, ni su psique, sino la totalidad de la persona, más allá de toda posible objetivación(2). Del mismo modo dice Binswanger en *El hombre en la psiquiatría*:

De todos los problemas psiquiátricos, el más quemante para mí ha sido siempre el problema de la psiquiatría misma. El fondo y el suelo donde la psiquiatría se puede enraizar como ciencia autónoma, no es ni



la anatomía y la fisiología del cerebro, ni la caracteriología o alguna tipología, sino una ciencia de la persona(3).

Es necesario entonces dejar de lado todo juicio de valor o de disvalor sobre la significación "categorial" de la normalidad y anormalidad. Para ello es preciso poner entre paréntesis los paradigmas psicopatológicos, ya sean biológicos, psicológicos sociológicos, y convertir al concepto de "anormalidad" en el de "plurinormalidad", por el cual todo proyecto existencial es norma de sí mismo. Aunque un paciente pudiera ser diagnosticado psicopatológicamente, su existencia no se reduce a esta referencia negativa con la norma abstracta, ni se manifiesta solamente por esta a-normalidad. Con esto no se tra-

ta de proponer modelos diversos de articulación noso-gráfica sino profundizar radicalmente la esencia de las experiencias psicopatológicas, mostrando que ellas revelan modos esenciales de existir(4). La existencia patológica también expresa positivamente un orden intrínseco que lo rige y lo modela, aunque lo constriña a este peculiar y fallido modo de ser. En este sentido, *La esquizofrenia es la experiencia psicológica de la "discontinuidad ontológica entre el hombre y las cosas", y la experiencia psicótica traduce la pérdida de los fundamentos habituales del sentido del mundo* (Fauré p. 226).

Todo hombre lleva en sí la posibilidad de estas diversas mundanizaciones. La psicología fenomenológica plantea precisamente la comprensión de esta posibilidad inherente a la condición humana. La alienación se comprende ahora no como déficit o negatividad sino como producción de formas significativas que reinsertan al sujeto en el flujo histórico del cual se había apartado o diversos motivos lo habían apartado. La experiencia psicótica es una modalidad distorsionada de ser en el mundo, se vive en un mundo diverso al habitual. Tanto el hombre sano como el hombre enfermo pertenecen al mismo mundo, aunque el alienado pertenece con una estructura de modelo perceptivo y comportamental diferente, donde la diferencia no tiene tanto el significado de una "disfunción", sino simplemente que es la "función" de una cierta estructuración presencial, es decir de un cierto modo de ser-en-el-mundo y de proyectar no obstante un mundo.

La psiquiatría... se diferencia... de todas las otras especialidades medicinales en este sentido que la dimensión del sujeto humano es allí fundamental, el síntoma no es solamente signo de la enfermedad, es también significación de un sentido, sentido desconocido del sujeto que vive como radicalmente extraño a él mismo como en la psicosis o como imposibilidad de comprender en la neurosis(5, p. 87).

Mientras en otras ramas de la ciencia, es más o menos posible separar la profesión de la existencia del investigador o del profe-

sional, no lo es en la psiquiatría (Binswanger, 1971, p. 263).

En consecuencia, no se puede comprender el ser del psiquiatra sin la comprensión de la trascendencia como libertad para el fundamento. El ser psiquiatra sobrepasa de manera esencial esta posibilidad óptica puramente "teórica" del hombre, en dirección a la trascendencia (Binswanger, 1971, p. 263).

El ser-psiquiatra, aquello por lo cual deviene psiquiatra es su comprensión de la trascendencia como libertad para fundar: *Freiheit zum Grund*(6). "Gründen" es instaurar, edificar una situación inédita. Por eso, la dirección de una investigación psiquiátrica debe hacer un giro completo:

Solo esto abre al paciente el camino a *la libertad de fundar su existencia*, es decir el poder disponer de sus posibilidades de existencia más propia. La libertad consiste en el aceptar libremente el ser arrojado del *Dasein*; implica la capacidad del "Existenz" de contraponerse al hecho bruto de verse a sí mismo como un objeto y de enfrentarse a la *inautenticidad* y a la eficiencia causal de su pasado; finalmente significa asumir a través de la comprensión la capacidad de proyectarse al futuro, mientras simultáneamente se compromete en una relación responsable con su propia facticidad.

En lugar de avanzar desde el cuerpo (Körper), sus "órganos" y las funciones de éstos y a partir de éstos, a su vez tratar de abrirse paso a la esfera de la persona que sólo puede conducir siempre al establecimiento de un psicograma propiamente sin sentido (W. Stern, Kehrer), ahora se plantea la pregunta sino ocurre inversamente, que el objetivo primero y más próximo de la psiquiatría es la investigación de la persona y a partir de aquí se puede ordenar, antes o después, en una jerarquía plena de sentido, a los restantes métodos de investigación más o menos indispensables. Con otras palabras, en lugar de querer penetrar en el problema de la subjetividad a partir de la objetividad, lo que solamente es posible por una especie de reconstrucción o retracción, resulta ahora la exigencia, opuesta y mucho más fácil de cumplir, de comprender la objetividad a partir de la subjetivi-



La jirafa ardiente, Salvador Dalí, 1935

dad(7). Como dice Heidegger, el ser del hombre no puede ser calculado por sumación(8).

La Psiquiatría actual nos ha dado, hasta ahora, la historia de la enfermedad pero no al hombre. El análisis fenomenológico no aspira a proponer "modelos" diversos de articulación nosográfica, sino profundizar con inexorable radicalidad la esencia de algunas experiencias fundamentales psicopatológicas y recuperarlas en su significación de modos de ser de lo humano; deja de lado toda utopía naturalística para señalar en la condición psicopatológica la radical connotación de una experiencia humana, de una posibilidad humana como diría von Gebattel, que es parte integrante de nuestro común "mundo de la vida" (*Lebenswelt*). Se busca con ello conocer la expe-

riencia del hombre respecto del mundo, aprender la significación de sus comportamientos y vivencias, y hasta la libertad que a pesar de todo le queda aún.

Pensar al hombre a partir de la noción de sentido, más que responder qué es el hombre es preguntar quién es, es intentar esclarecer cuáles son los nexos que lo unen al mundo. Como bien lo decía ya Hegel, "la individualidad es esto que es su mundo, en tanto que mundo suyo(9)" Si el hombre es un ser-en-el-mundo, conocer al enfermo es por tanto descubrir su mundo.

Le monde des choses et des autres n'est pas cette objectivité que le savoir théorique a coutume d'opposer à l'intériorité du sujet. Si, à la lumière du phénomène humain on analyse ce qu'est le monde, et si réciproquement, à la lumière du phénomène du



sujet, alors apparait, au lieu des climaxes, un perpétuel empêtement. La subjectivité du moi en plus être comprise comme cette instance préliminaire à laquelle ferait suite ce que l'on appelle, de façon très peu appropriée, l'intersubjectivité (Brissart).

Será precisamente la incapacidad de inscribirse en el mundo en común que lleva al fracaso al yo y decide así la emergencia del ser enfermo. Si el mundo constituye un horizonte de fiabilidad en el cual encuentran las potencialidades de la existencia la condición de su realización, cuando se rompen los lazos originales de esta comunidad de sentido y cuando súbitamente falta la confianza de todos nuestros vínculos afectivos, entonces el yo no deviene más persona, y su relación a los otros y a las cosas se tiñe de extrañeza y anonimato.

Como bien decía Heidegger, el ser humano no puede ser erigido simplemente en objeto, pues la presencia humana trasciende toda determinación objetiva. En la entrevista clínica, el psicoterapeuta no puede asumir la forma de una relación objetiva que se limita a registrar exclusivamente datos de un "hecho". La mirada aparentemente más neutral acaba siendo una acción intrusiva sobre la condición del paciente, y por añadidura lo lleva a producir el síntoma que el terapeuta está esperando mostrar y constatar.

No comprendemos nada de la locura, en tanto nos comportamos frente al loco como un sujeto fuera de sus causas, o lo que es lo mismo que nos lo representemos como un objeto. No comprendemos la locura sino sobre el fondo de la condición humana, o lo que es lo mismo si no vemos en el loco un Mitmensch (Binswanger, 1971, p. 263).

El saber médico es de algún modo un saber antropológico, del hombre como sujeto de en-

fermedad, del *homo patiens*. "El dolor y el sufrimiento no sólo son 'pathos' sino también 'logos'" dice López Ibor(10), pero no producen conocimiento únicamente en quien padece sino también en quien quiere acompañar al hombre en su sufrir. La comprensión del hombre enfermo y la comprensión de la psiquiatría son un solo y mismo comprender. El análisis fenomenológico intenta comprender al otro no fundándose en teorías preestablecidas que traducen más bien el pasado del terapeuta, es decir teorías preconstituídas sustentadas más en los conocimientos que en el ser mismo del psiquiatra.

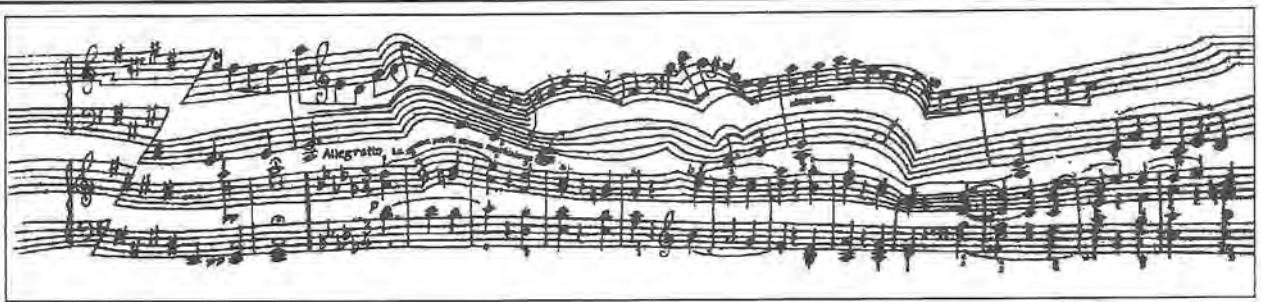
...si el ser-psiquiatra está referido al encuentro y a la comprensión del hombre en su totalidad, entonces el ser del psiquiatra sobrepasa la posibilidad puramente teórica del hombre en dirección a la trascendencia personal. (Binswanger, 1971, p. 263)

El enfermo también tiene un pasado desde el cual se funda. Entonces ¿sobre qué fondo reposa este intercambio, y esta relación del paciente con el terapeuta cuyo pasado no es el mismo? (Kuhn, 1986). Más que en la reviviscencia de hechos pretéritos, se sustenta en la experiencia nueva y original que constituye este encuentro y en sus posibilidades de apertura. Es un estar juntos (Mitsein) en un "presente viviente" (Husserl) que se temporaliza asumiendo el pasado y llevando en sí el porvenir. Es un proyecto terapéutico fundado en la "apertura originaria al mundo" (*primäre Welfoffeneif*) y en la "interpelabilidad" (*Ansprechbarsein*). "El ser-psiquiatra en su ser evoca al hombre y lo requiere en su totalidad", se dirige a su ser y al ser del paciente; no se dirige a un objeto científico, sino a una "relación interhumana" (Binswanger,

1971, p. 263). Si hay un ámbito donde no es posible plantear al ser como un "en sí" sino más bien como un "para nosotros", es la psicopatología. Sólo partiendo del "encuentro interhumano", es posible llegar a experimentar, aprehender y determinar una esencia. "Más allá de lo subjetivo, más acá de lo objetivo, en el 'filo agudo' en el que el yo y el tú se encuentran, se halla el ámbito del "Entre" (Buber). La semiología se inicia en una situación recíproca; los "signos" no se inscriben como en una piedra que hay que descifrar, no aparecen en lo absoluto, sino en el espacio intersubjetivo paciente-terapeuta.

...La psiquiatría es aquí un auténtico brazo de las ciencias del hombre, no sólo porque apela a la psicología, a la sociología y a la etnología, así como a numerosas otras disciplinas, sino sobre todo porque es un arte intersubjetivo que introduce al otro como sujeto y no como objeto(11).

El fenómeno que en esta situación se manifiesta es expresión de esta comprensión, es decir del modo y la manera de cómo justamente ahora se encuentran, y paradójicamente cuanto mejor se entienda el médico con el enfermo tanto menos se manifestarán los síntomas enfermizos en la relación interpersonal; de él dependerá llegar a conocer algo del enfermo que no se manifiesta en absoluto en la situación actual o apenas aparece. Se trata de establecer una relación que se expresa "*Mit-ein-anders-sein*", en el "estar-con-un-otro". Este comprenderse recíprocamente no queda, entonces, librado al azar de una teoría, extraña desde un principio para el paciente, sino que el paciente la asume paulatinamente en su inalienable modo propio de ser. La adecuación de uno a uno mismo no se halla al comien-



zo sino al fin. Pero es además un encuentro que va más allá de la comprensión intelectual, hasta llegar a "ponerse-en-el-lugar-del-otro" (*Einfühlung*)(12). *We grow up together*, dice Schutz. Crecer juntos, constituir un tiempo de modo intersubjetivo, es ahora el pacto que uno puede hacerle al paciente. No basta hablar de modo "comprensible", sino que es preciso ante todo aprender a escuchar al otro y a sí mismo.

La escucha, el silencio elocuente en el acogimiento y la ratificación posterior del pensamiento del interlocutor es ya una respuesta, un modo y manera del encuentro en la palabra(13, p. 512).

Mientras que las ciencias de la naturaleza privilegian el interés instrumental de dominación de la naturaleza, las ciencias del hombre—en su mayoría—más que buscar modificar al otro, se dirigen a asegurar una coexistencia que permite un trato y una comprensión recíproca. Hay aquí un interés comunicativo o comprensivo, y toda modificación en el otro es una meta a aspirar. El "therapeutés" (θεραπευτής) habla del servidor de la casa, del que cuida que ella se despeje del polvo que no permite ver con claridad, del que se preocupa de que ésta sea habitable para que el dueño se sienta en casa y pueda entonces abrir su cuerpo a sí, a los otros, y al mundo. La "terapia" es el método, el camino (*odós*) a través del cual (*metá*) el paciente logra asumir su propia subjetividad al abrirse al conjunto de posibilidades de ser y volverse así su propio respondiente. La praxis como comunicación participante o "acción comunicativa" está orientada a la *autonomía* del otro donde la determinación no proviene de algo exterior sino desde sí mismo aunque sea una autonomía relativa.

La práctica terapéutica que no se confunde con el simple ejercicio de una técnica, se desarrolla entre los polos de la *autonomía*(14) y la *heteronomía* (Blankenburg). Estos dos procedimientos del psiquiatra corresponden a dos formas de preocupación por el otro (*Fürsorge*), según la distinción heideggeriana de *Sein und Zeit*, § 26.

Una "sustitutiva-dominante" (*einspringende Fürsorge*) donde se le evita al otro sus cuidados, preocupándose en servirlo hasta el punto de sustituirlo. Se carga con el cuidado del otro que quitado de su propio lugar, pasa a segundo término y por ello mismo recibe la solución del problema como algo acabado y puesto a su disposición o para quedar totalmente descargado de ello. En semejante preocupación (*Fürsorge*)(15), puede el otro convertirse en dependiente y dominado, aunque este dominio sea tácito y permanezca oculto para el dominado. Esta forma de asistencia o preocupación que sustituye al otro y lo priva de su propio "cuidado" (*Sorge*), es determinante en amplios sectores del ser-en-común y la mayoría de las veces se limita a alimentar la "ocupación" (*Besorgen*) del otro en *entes meramente disponibles* (*Zuhandenheit*).

Otra, "anticipativa-liberadora" (*vorausspringende Fürsorge*), que no busca tanto sustituir al otro sino adelantarle las posibilidades de su existencia, y esto no para desposeerlo de sus "cuidados", sino para restituirselos auténticamente. Esta "preocupación" que concierne formalmente al verdadero *cuidado*, es decir a la existencia del otro y no a *alguna cosa* de la que él se ocupa, ayuda al otro a volverse lúcido y a quedar en *libertad para el cuidado*. Es como una provocación de su libertad (Benedetti).

Esta distinción no vale sólo para la psicoterapia, sino que se aplica al conjunto de esfuerzos terapéuticos, pues el psiquiatra puede ser "sustitutivo-dominante" en la psicoterapia, y conducirse en quimioterapia anticipativo-liberador. Por otra parte, la psiquiatría real, no puede optar exclusivamente por una u otra estrategia y se mueve forzosamente entre las dos, según el momento y según las circunstancias (Tatossian, 1993).

Por eso no es pertinente dividir y oponer la práctica psiquiátrica en terapias biológicas y psicoterapias. Se trata más de una praxis que va de una aproximación *heteronómica* a una *autonómica*, de una *psicopatología descriptiva* a una *psicopatología adscriptiva* (Blankenburg), que no es otra cosa que una psicopatología de la libertad. El poder comportarse no se reduce a un comportamiento ajustado a una norma, sino al margen de libertad necesario para poder comportarse de una forma u otra (Blankenburg, 1983). Interesa el grado de posible autonomía o de extrema heteronomía. La libertad no se reduce a la mera conciencia de autonomía (como en la existencia maníaca), sino que es responsabilidad realizada, capacidad de "introvisión" (Brauntygan), de control y de dirección del self. La libertad no es un hecho aislado sino un fenómeno interaccional respecto al otro o los otros pero también al propio individuo. La libertad sólo es posible en un individuo que es capaz de comunicar e interactuar consigo mismo.

Recíprocamente a los grados de libertad del comportamiento, se puede también hablar de *grados de determinación de la conducta*, no sólo desde el punto de vista psicológico y socio-cultural sino también desde la neurofi-

siología de los reflejos condicionados.

Por eso, si la libertad del hombre y su responsabilidad respecto a lo que hace y lo que vive no se reducen a una mera ilusión, entonces toda praxis que se apoye exclusivamente en la noción de mecanismos *heterónomos* es por principio falsa. Es preciso desarrollar en el tratamiento de la enfermedad mental, nuevas formas de terapia

creativa que no se concentren primariamente en la eliminación de "factores de disturbio", "mecanismos patógenos", etc., sino en la exposición y movilización de potenciales aún no explorados de salud que pudieron haber sido sepultados por manifestaciones psicopatológicas.

Para que la psiquiatría en tanto auténtica *direction de l'esprit* cumpla con esta osada tarea, tal

vez sea necesario "penetrar en 'este recinto cerrado', sacar a la luz este 'lado nocturno' de la existencia de cada hombre, deshacer los nudos de la 'mala fe' y del 'malentendido'" (16, p. 32). Como dice Kierkegaard "en última instancia, se trata de saber qué quiere decir ser hombre" ■

Notas

1. Paradójicamente hacia 1971, Agnes Faure en "Antipsychiatrie et Philosophie" (AA.VV. *L'Antipsychiatrie*, París, Librairie Jules Tallandier) decía que mientras en filosofía se consideraba "revolucionario" superar las preguntas sobre el ser, la existencia, la nada, el hombre, para "refugiarse en una epistemología y en una voluntad de objetividad" a partir del modelo científico, en psiquiatría al contrario, esto constituía el aspecto retrógrado, reaccionario y se buscaba "recuperar la metafísica, haciendo un llamado a sus conceptos y sus representantes, los fenomenólogos, Heidegger y los existencialistas".

2. Jaspers, K., *Wesen und Wert der Wissenschaft*, Groningen, 1938.

3. Binswanger, L., *Der Mensch in der Psychiatrie*, Pfullingen, G. Neske, 1957.

4. Jaspers, K., *Psicología de las concepciones del mundo*, Madrid, Gredos, 1967.

5 "La psychiatrie... se différencie... de toutes les autres spécialités médicales en ce sens que la dimension du sujet humain y est fondamentale, le symptôme n'est pas seulement signe de la maladie, il est aussi signification d'un sens, sens inconnu du sujet qu'il vit comme radicalment étranger à lui même come dans la psychose, ou comme impossibilité à comprendre dans la névrose" (G. Berguez, 87).

6 Binswanger, L., "Analyse existentielle et psychotérapie II" (1958) en *Introduction à l'analyse existentielle*, Paris, Minuit, 1971.

7. Binswanger, L. "¿Qué tareas resultan para la psiquiatría de los progresos de la psicología moderna?" (1924), en *Ensayos y Conferencias*, Madrid, Gredos, 1973, p. 311. (Corresponde a *Ausgewählte Vorträge und Aufsätze* vol. II).

8. Binswanger, L., "Analyse existentielle et psychotérapie II" (1958) en *Introduction à l'analyse existentielle*, Paris, Minuit, 1971, p. 114.

9. Hegel, W. *Phänomenologie des Geistes*, en *Sämtliche Werke*, (Edición de J. Lasson y J. Hoffmeister), 4ª edi-

ción., Hamburg, 1937, p. 226: "Individualité ist was ihre Welt als die ihrige ist" Edición de Hoffmeister p. 226. La traducción de Jean Hyppolite p. 256, dice "La individualité est ce qu'est son monde est, en tant que son monde sien".

10. López Ibor, J. J., "Enfermedad, dolor y sufrimiento", *Noticias Médicas*, 1970.

11. "...a psychiatrie est y aussi authentiquement une branche des sciences de l'homme, non pas seulement parce qu'elle fait appeler à la psychologie, a la sociologie et a la ethnologie ainsi qu'a de nombreuses autres disciplines, mais surtout parce qu'elle est un art intersubjectif qu'introduit l'autre comme sujet et no comme objet" (Berquez, 90).

12. Worringer, W., *Abstraktion und Einfühlung*, Piper, 1981. Stein, E., Zum problem der Einfühlung, Kaffke, München, 1980.

13. Binswanger, L. "El problema del lenguaje y el pensamiento", en *Ensayos y Conferencias*, Madrid, Gredos, 1973. (Este artículo no se encuentra en la edición francesa, que es aquí utilizada por su muy buena traducción).

14. Blankenburg (1987, 415), afirma que la libertad no es un hecho aislable sino un fenómeno intersubjetivo. Por eso respecto al concepto de autonomía, como una metamorfosis del giro trascendental de Kant, el problema de la libertad en nuestro siglo ha devenido un problema intersubjetivo de atribución o adscripción.

15. La traducción francesa de A de Waelhens utiliza "assistance" para "Fürsorge", que de algún modo se acerca más a la labor terapéutica. Recuérdese que Heidegger considera al "cuidado" (*Sorge*) como un existencialio. Cuando se dirige a las cosas o "meros objetos" (*Vorhandenes*) y a los "útiles" o "entes a la mano" (*Zuhandenheit*), en cambio cuando se orienta al hombre es la "preocupación" (*Fürsorge*).

16 Prini, P., *Discorso e Situazione*, Roma, Studium, 1975, P. 32.

Bibliografía

Abraham, G., *Psichiatria Pluridimensionale*; e possibile una filosofia della medicina?, Milano, Feltrinelli, 1977.

Baeyer, Walter von, "Alienación y reappropriación en psiquiatría", *Psicología Médica*, 1974, N° 3, pp. 273-284.

Barcia Salorio, D., "Significación e importancia de la Antropología Médica para la psiquiatría actual" en D. Barcia Salorio (ed.), *Psiquiatría antropológica; Homenaje al Pfr. H. Tellenbach*, Murcia, Secretariado de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Murcia, 1987, pp. 15-36.

Berquez, G., "L'illusion phénoménologique et le réel biologique. Essai de Psychiatrie théorique", *L'Evolution Psychiatrique*, 1986, Tome 51, fsc. 1, pp. 87-99.

Binswanger, L., *Analyse existentielle et psychanalyse freudienne; Discours, parcours et Freud*, Paris, Gallimard, 1981. Traduction et avant-propos de R. Lewinter, préface de P. Fédida. Comprende: Primera parte (de *Ausgewählte Vorträge und Aufsätze, I: Zur Phänomenologischen Anthropologie*), "Sur la direction de recherche analytico-existentielle en psychiatrie, 1945 (pp. 51-84)"; "Analytique existentielle et psychiatrie, 1950 (pp. 85-114)"; Analyse existentielle et Psychoterapie, 1954 (115-120). Segunda Parte (*Ausgewählte Vorträge und Aufsätze II, Zur Problematik der psychiatrischen Forschung und zum Problem der Psychiatrie, y Der mensch in der Psychiatrie*), "Psychanalyse et Psychiatrie clinique", 1920 (pp. 123-154); "Apprendre par expérience, comprendre, interpreter en psychanalyse", 1926 (pp. 155-172), "Freud et la constitution de la psychiatrie clinique", 1936 (pp. 173-200); "La conception freudienne de l'homme a la lumiere de l'anthropologie", 1936 (pp. 201-237) Tercera Parte, "Mon chemin vers Freud, 1957 (pp. 241-262)". Cuarta Parte, (*Erinnerung an Sigmund Freud*), "Souvenirs sur S. Freud", 1956 (pp. 263-366)

Binswanger, L., *Grundformen und Er-*

kennntnis menschlichen Daseins, Zurich, Niehans, 1942; *Mélancolie et Manie*, Paris, PUF, 1987; *Articulos y conferencias escogidas (Ausgewählte Vorträge und Aufsätze)*, Madrid, Editorial Gredos, 1973; *Tres formas de la existencia frustrada*, Buenos Aires, Amrrortu, 1972.

Binswanger, L., *Introduction a l'analyse existentielle*, Paris, Minuit, 1971. Traduction partielle de *Ausgewählte Vorträge und Aufsätze* et glossaire de J. Verdeaux y R. Khun. Préface de R. Khun y H. Maldiney. Comprende: "Fonction vitale et histoire de la vie" (1924), "De la Phénoménologie", 1922 (pp. 49-78), "De la psychoterapie", 1935 (pp. 79-118), "Analyse existentielle et psychoterapie II", 1958 (pp. 149-158), "L'aprehension héraclitéene de l'homme", 1935 (pp. 159-198), "Le reve et l'existence", 1930 (pp. 199-226), "A propos de deux pensées de Pascal trop peu connues sur la symétrie", 1947 (pp. 227-236), "Le sens anthropologique de la presomption", 1949 (pp. 237-246), "Importance et signification de l'analytique existentielle de M. Heidegger pour l'accesion de la psychiatrie a la compéhension d'elle-meme", 1958 (pp. 247-263).

Blankenburg, W., "Toward a more man-centred psychiatry" en K. E. Schafer, U. Stave & W. Blankenburg (ed.), *Individuation Process and Biographical Aspects of Disease (A new Image of Man in Medicine, vol. III)*, New York, Futura, 1979, pp. 139-220; "Sur le rapport entre Practique Psychiatrique et Phénoménologie", en P. Fedida (ed), *Phénoménologie, Psychiatrie, Psychanalyse*, Paris, GREUP, Echo-Centurion, 1986, pp.133-140.

Borgna, E., *I conflitti del conoscere; struttu-*

re del sapere ed esperienze della follia, Milano, Feltrinelli Editori, 1988; "Fenomenologia applicata in psichiatria", en C.L. Cazzullo, E. C. S. (ed.), *Fenomenologia: Filosofia e Psichiatria*, Milano, Masson, 1984, pp. 71-82.

Brissart, R., "La patiente du monde; Binswanger, lecteur de Héraclite", en *Coloque Europeen de Phénoménologie clinique: "Crise et Existence"*, Bruxelles, 17-8 mars 1993, Université Catholique de Louvain, Facultés Universitaires de San Louis.

Callieri, B., "Curare" o "prenderi cura di", il dilema psichiatrico della responsabilità esistenziale", *Atque*, 1993, N° 8, pp. 121-131.

Castelli, E. (comp.): *Filosofia della Alienazione e Analisi Esistenziale*, Padova, Archivio di Filosofia, 1961; *Filosofia e psicopatologia*, Padova, Archivio di Filosofia, 1952.

Cazzullo, C. L., "La fenomenologia: terreno d'incontro fra filosofia e psichiatria", en C. L. Cazzullo y C. Sini, *Fenomenologia: filosofia e psichiatria*, Milano, Masson Italia Editori, 1984, pp. 5-8.

Celis, R. "Phénoménologie de la rencontre thérapeutique", en P. Jonckheere (ed.), *Phénoménologie et Analyse Existentielle*, Bruxelles, De Boeck-Wesmael, 1989, pp. 117-131.

Döerr Zegers, O., *Psiquiatría Antropológica; contribuciones a una Psiquiatría de orientación fenomenológica-antropológica*, Chile, Editorial Universitaria, 1995.

Fauré, A., "Antipsiquiatría y filosofía", en AA. W., *La antipsiquiatría*, México, Siglo XXI, 1975, pp. 221-6.

Fédida, (ed), *Phénoménologie, Psychiatrie, Psychanalyse*, Paris, G.R.E.U.P., Acte du Colloque, Echo-Centurion, 1986.

Fédida, P. y Schotte, J., *Psychiatrie et Exis-*

tence, Grenoble, Jérôme Millon, 1991. Francioni, M., "La portata dell'istanza fenomenologica in psichiatria", *Ricerche di Psicologia*, 1981, vol. 5, N° 18, pp. 77-87.

Galimberti, U., *Psichiatria e Fenomenologia*, Milano, Feltrinelli, 1987, .IL corpo, Milano, Feltrinelli Editori, 1983.

Gebattel, V. E. VON; *Imago Hominis; contribuciones a una Antropología de la personalidad*, Madrid, Editorial Gredos, 1969.

Heidegger, M., *Sein und Zeit*, Tubinga, Max Niemeyer Verlag, 1927.

Khun, R. y Maldiney, H., "Préface", en L. Binswanger, *Introduction a l'analyse existentielle*, Paris, Minuit, 1971

Khun, R., "Daseinsanalyse: phénoménologie de l'existant", en R. Fédida, *Phénoménologie, Psychiatrie, Psychanalyse, Phénoménologie*, Paris, G.R.E.U.P., Echo-Centurion, 1986, pp.9-26; "Existence et Psychiatrie", en P. Fédida et J. Schotte, *Psychiatrie et Existence*, Grenoble, Jérôme Millon, 1991, pp. 47-70.

Laing, R., *El yo dividido*, México, F.C.E., 1980.

Laugharne, J., "Psychiatry is more than science" (Comment), *British Journal of Psychiatry*, jun. 1993, vol. 162, pp. 8-44.

Maldiney, H., "Daseinanalyse: phénoménologie de l'existant?", en R. Fédida, *Phénoménologie, Psychiatrie, Psychanalyse, Phénoménologie*, Paris, G.R.E.U.P., Echo-Centurion, 1986, pp. 9-27; "L'existant", en P. Fédida et J. Schotte, *Psychiatrie et Existence*, Grenoble, Jérôme Millon, 1991, pp. 23-46.

Ricoeur, P., "La componente narrativa della psicoanalisi", *Metaxú* (Roma), N° 5 Maggio 1988, pp. 7-19.

Richir, M., "Phénoménologie et psychiatrie: d'une division interne à la Stimmung", *Etudes Phénoménologiques*, 8(15):81-117, 1992.

Rovaletti, M. L., "Alienación y Libertad", *Investigaciones en Psicología* (Revista del Instituto de Investigaciones en Psicología de la UBA), 1996, Año 1, N° 1, pp. 1 19-135.

Tatossian, a. y Giudicelli, S., "De la phénoménologie de Jaspers au 'retour a Husserl'"; L'antropologie compréhensive de Zutt et Kulenkampff", *Confrontations psychiatriques*, 1973, N° 11, pp. 127-161; *Phénoménologie des psychoses*, Masson, 1979.

Tatossian, A., "L'experience du phénoménen et le project psychoterapeutique" en *Coloque Europeen de Phénoménologie clinique: "Crise et Existence"*, Bruxelles, 17-8 mars 1993, Université Catholique de Louvain, Facultés Universitaires de Saint Louis.

Thinés, G., *Existence et Subjectivité, Études de Psychologie Phénoménologique*, Bruxelles, Éditions de l'Université de Bruxelles, 1991; *La Problematique de la Psychologie*, Der Haag, Neijoff, 1968

Zutt, J., *Psiquiatría Antropológica*, Madrid, Gredos, 1974.



CLINICA PSIQUIATRICA PRIVADA MODELO DEL SOL

DIRECTOR: DR. WILLIAM DAVID MORENO

ASISTENCIA
DOCENCIA
INVESTIGACION

CONSULTORES CIENTIFICOS: DR. GUSTAVO LIPOVETZKY
DR. LUIS CORDOBA

COMUNIDAD
TERAPÉUTICA

PSIQUIATRIA
DINAMICA

Chacabuco 770, (1704) Ramos Mejía, Pcia. de Buenos Aires
Tel.fax: (01) 656-4891 - 654-6989/5265

EXPERIENCIAS INFANTILES VINCULADAS A LA MUERTE Y LA ENFERMEDAD EN LOS PACIENTES CON TRASTORNO POR PANICO

Clelia Manfredi

Médica Psicoanalista, Espec. en Psiquiatría. Docente del Dep. de Salud Mental de la Fac. de Medicina de la Univ. de Bs. As. Miembro de la Asoc. Psicoanalítica de Bs. As. y de la International Psychoanalytical Association. Santa Fe 2781 4° "A" (1425), Buenos Aires.

Leonardo Linetzky

Médico Psicoanalista, Espec. en Psiquiatría. Docente del Dep. de Salud Mental de la Fac. de Medicina de la Univ. de Bs. As. Miembro de la Asoc. Psicoanalítica de Bs. As. y de la International Psychoanalytical Association. Larrea 1060 6° "D" (1117), Buenos Aires.

Juan José Poderoso

Médico. Prof. Adjunto del Dep. de Medicina Interna de la Fac. de Medicina de la Univ. de Bs. As. Miembro de la Sociedad Argentina de Investigación Clínica. Paraguay 2302 4° "2" (1121), Buenos Aires.

Resumen

El Trastorno por Pánico se estudió fundamentalmente desde una perspectiva biológica. En este trabajo, comparamos la presencia de experiencias infantiles específicamente relacionadas con la muerte y enfermedades graves en pacientes con dicho trastorno y un grupo control. Se evaluaron 23 pacientes diagnosticados según los criterios del DSM IV y 23 sujetos testigo sin patología médica o psicopatológica. Los resultados mostraron que los pacientes tuvieron mayor frecuencia de eventos de muerte ($p=0.007$) y enfermedad grave ($p=0.003$) en los familiares convivientes, en forma estadísticamente significativa. En contraste, la frecuencia de enfermedad personal o divorcio parental durante la infancia no fue diferente entre los grupos en estudio. Se concluye que las experiencias traumáticas infantiles descritas constituyen un factor significativo en el desarrollo de este Trastorno. Se sugiere que se alteraría algún proceso del desarrollo psíquico temprano, que permite contener, dentro de la vida mental, la temática de la propia muerte.

Palabras Clave: Pánico - Muerte - Experiencias infantiles traumáticas

CHILDHOOD EXPERIENCES RELATED TO DEATH AND ILLNESS IN PATIENTS WITH PANIC DISORDER

Summary

Research on Panic Disorder (P. D) has been based mainly on a biological viewpoint. In this paper we compare presence of childhood experiences related to death and severe illness in patients with P. D and in a control group; in this way, 23 patients meeting DSM IV criteria and 23 control subjects without medical or psychopathological condition were evaluated. The results showed that patients with P. D had more childhood experiences, statistically significant, until 7 years old related to death ($p=0.007$) and severe illness ($p=0.003$) in their cohabiting relatives, than control subjects. In contrast, frequency of personal illness or parental divorce was no different among the groups. The data suggest that this traumatic events could be a significant factor in the pathogenesis of the disorder. We hypothesize that the described environmental trauma could damage some kind of psychological process that involves the capacity to contain in the mental life the thematic of death.

Key Words: Panic - death - childhood experiences

EXPERIENCIAS INFANTILES LIÉES A LA MORT ET LA MALADIE CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE TROUBLE PANIQUE

Résumé

Le trouble panique a été étudié fondamentalement depuis une perspective biologique. Nous avons comparé la présence d'expériences infantiles précisément liées à la mort, les maladies graves chez des patients qui souffrent de trouble panique, et un groupe contrôle. Nous avons évalué 23 patients diagnostiqués selon les critères du DSM-IV et 23 sujets témoins sans pathologie médicale ou psychopathologique. Les résultats ont montré que les patients ont été confrontés à la mort et à la maladie grave de proches, d'une manière statistiquement significative. A l'opposé, la fréquence de maladie personnelle ou de divorce parental pendant l'enfance est semblable entre les différents groupes étudiés. Les expériences traumatiques décrites constituent, donc, un facteur significatif dans le développement de ce trouble. Nous suggérons que, un processus du développement psychique précoce, qui permet de contenir la thématique de la mort, serait altéré.

Mots Clé: Panique - Mort - Expériences traumatiques infantiles

Las investigaciones sobre el Trastorno por Pánico (Trastorno de Angustia, *Panic Disorder*) (1), han estado fuertemente influenciadas por modelos neurobiológicos, genéticos y farmacológicos (2, 7, 10), pero hasta el momento, ninguna de las hipótesis formuladas da cuenta en forma acabada de la psicopatología y/o etiopatogenia del trastorno.

Algunas investigaciones se realizaron en la última década relacionadas con aspectos psicodinámicos y las experiencias vividas por estos pacientes, pero los resultados son controvertidos (3, 6, 11). En este contexto, el rol de los eventos traumáticos en los primeros años de la vida no ha sido hasta el momento suficientemente aclarado.

Nuestro grupo de investigación es interdisciplinario y surgió a partir del trabajo clínico con estos pacientes, terreno en el cual se nos impuso la importancia de las experiencias infantiles traumáticas relacionadas con la muerte y la enfermedad.

En función de las observaciones clínicas previas realizadas por los propios autores, y en concordancia con las referencias bibliográficas mencionadas, la hipótesis principal de nuestro trabajo, es que en los primeros años de la vida de los sujetos que en la edad adulta presentan Trastorno por Pánico existe mayor frecuencia de muertes y enfermedades graves psicológicamente significativas en el núcleo familiar.

Tabla 1
Características de los grupos en estudio

	Pánico n=23	Controles n=23
Edad Promedio	39.9	39.8
Clase Social		
Media-Alta	14	14
Media	7	8
Baja	2	
Sexo		
Hombres	8	8
Mujeres	15	15
Estado Civil		
Casados	19	18
Solteros	3	3
Separados/Divorciados		
Viudos	-	1
Ocupación		
Profesionales	14	14
Comerciantes	3	3
Estudiantes		
Empleados	4	4
Ama de casa	1	1

Tabla 2
Frecuencia de síntomas en 23 pacientes con trastorno por pánico

Síntoma	Frecuencia
1 Miedo de morir	86.9% (20/23)
2 Mareo, inestabilidad o desmayo	78.2% (18/23)
3 Palpitaciones o taquicardia	73.9% (17/23)
4 Miedo a perder el control o volverse loco	73.9% (17/23)
5 Sensación de ahogo	69.5% (16/23)
6 Sudoración	69.5% (16/23)
7 Escalofríos	66.5% (13/23)
8 Sensación de atragantarse	56.5% (13/23)
9 Parestiasias	52.1% (12/23)
10 Opresión o malestar torácico	47.8% (11/23)
11 Temblor o sacudidas	47.8% (11/23)
12 Despersonalización o desrealización	43.4% (10/23)
13 Náuseas o molestias abdominales	34.7% (8/23)

Metodologías

Pacientes

Se efectuó un estudio comparativo de dos poblaciones: una de veintitrés pacientes con Trastorno por Pánico, según los criterios estipulados por el DSM-IV(1), y otra de veintitrés sujetos testigos sin dicho trastorno.

Los pacientes fueron seleccionados, entre aquellos de una población que concurrió, en forma ambulatoria, a la consulta clínica de uno de nosotros (J. J. P., del Departamento de Medicina Interna) durante un período de 8 meses. Todos cumplieron con los criterios diagnósticos del DSM-IV(1) y se descartó cualquier posible enfermedad orgánica.

El grupo se conformó con 8 hombres y 15 mujeres, entre 24 y 64 años, (media \pm D. S. = 39.9 \pm 8.5 años).

Características clínicas de los grupos

Los pacientes presentaban una historia de varios años de evolución, con compromiso en la calidad de vida, y en muchos casos

fueron incorrectamente diagnosticados y tratados. Todos habían consultado en primer término a un médico clínico o algún especialista en cardiología o neurología y, por lo general, fueron sometidos a innumerables estudios y análisis clínicos que no hicieron más que incrementar la ansiedad. Durante el curso de la enfermedad habían deambulado por incontables salas de emergencia médica, en concordancia con uno de los síntomas característicos: la sensación de que la propia muerte es inminente, sintiéndose incomprendidos y desconfiados de sus médicos, siendo finalmente derivados a algún tipo de tratamiento psicoterapéutico.

Todos los pacientes presentaron agorafobia de moderada a severa, y estaban recibiendo medicación psicofarmacológica. El grupo de individuos testigos consistió en 23 voluntarios dispuestos a colaborar con la investigación, sin enfermedad médica o psicopatológica alguna.

Este grupo se conformó con 8 hombres y 15 mujeres, entre 21 y 58 años (media \pm D. S. = 39.8 \pm 9.8). Ambos grupos fueron homogeneizados por edad, sexo y características socioculturales.

Diseño y metodología

Con ambos grupos se realizó una misma entrevista individual estructurada, diseñada previamente para tal fin, la cual fue llevada a cabo por dos de los investigadores (C. M. y Ll. del Departamento de Salud Mental). La entrevista fue específicamente diseñada y desarrollada a los fines de proveer información y datos requeridos para investigar las experiencias infantiles hasta los 17 años de edad. En particular, los siguientes eventos y edad de ocurrencia de los mismos fueron registrados: muerte y/o enfermedad grave de padre, madre, hermanos, familiares convivientes; enfermedad personal; separación o divorcio parental.

La enfermedad grave fue definida como con riesgo de muerte. La enfermedad personal fue definida como suficiente para interferir con el desarrollo de las actividades y relaciones habituales.

Asimismo, establecimos en nuestro grupo de pacientes la frecuencia de los 13 síntomas estipulados por el DSM-IV(1) y evaluamos los factores asociados a la emergencia del primer ataque de

Tabla 3

Factores asociados a la emergencia del primer ataque de pánico (durante los 12 meses previos)

Evento	Frecuencia
Muerte de un amigo cercano	30.4%(7/23)
Enfermedad grave en miembro de la familia	26.0%(6/23)
Muerte de un miembro de la familia	17.3%(4/23)
Muerte de un hijo	4.34%(1/23)
Divorcio	4.34%(1/23)
Dificultades económicas	4.34%(1/23)
Enfermedad personal	4.34%(1/23)
Sin factor asociado	8.69%(2/23)

pánico, para lo cual se registraron los acontecimientos ocurridos durante los 12 meses previos al mismo, utilizando la escala de Paykel(9).

Los datos fueron obtenidos según lo relatado por los propios sujetos. Es sabido que un diseño retrospectivo de estas características implica dificultades metodológicas, como la distorsión del recuerdo. Sin embargo, estudios de confiabilidad acerca de relatos de separaciones en edades tempranas, avalan el hecho que tanto la muerte como la separación de los padres son variables informadas con alta confiabilidad(4).

Desde un punto de vista ético, el estudio fue cuidadosamente explicado a todos los participantes del mismo. Todos brindaron su consentimiento informado para ser incluidos en el proyecto. Fueron excluidos pacientes que se encontraban en un período o situación en la cual la posibilidad de ataques de pánico estuviera aumentada.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó con el método del Chi-cuadrado, con la corrección de Fischer para pequeñas muestras.

Resultados

Las características de los grupos estudiados están descriptos en la Tabla 1.

La frecuencia de los síntomas que presentaban los pacientes se

refieren en la Tabla 2; entre ellos, el miedo a morir fue el síntoma con la frecuencia máxima (86.9%).

En consonancia, los factores asociados a la emergencia del primer ataque de pánico, durante los 12 meses previos, fueron eventos relacionados con muerte o enfermedad de alguna persona

significativa para el sujeto en un 78% (Tabla 3).

Experiencias infantiles

Los resultados muestran que el grupo con pánico presentó una mayor frecuencia de eventos relacionados con enfermedad grave de familiares convivientes que el grupo control, en forma estadísticamente significativa ($p=0.001$). Cuando relacionamos estos eventos con la edad de ocurrencia de los mismos su frecuencia fue aún mayor en los pacientes hasta los 7 años ($p=0.003$).

Del mismo modo, los pacientes sufrieron con mayor frecuencia eventos de muerte en familiares convivientes hasta los 17 años. Esta condición, tuvo una mayor frecuencia estadísticamente significativa, en el grupo de pacientes, hasta los 7 años de edad ($p=0.007$).

No encontramos diferencias entre los dos grupos, en la ocurrencia de enfermedad personal,

Tabla 4
Experiencias infantiles hasta 17 años de edad

Experiencia	Pánico n=23	Controles n=23	Chi-square	p value*
Evento de muerte (hasta 17 años)	20	15	1.912	0.167
Evento de muerte (hasta 7 años)	15	5	7.66	0.007
Enfermedad grave en familiar conviviente (hasta 17 años)	19	7	10.704	0.001
Enfermedad grave en familiar conviviente (hasta 7 años)	15	4	8.967	0.003
Enfermedad personal (hasta 17 años)	8	7	0.000	1.000
Enfermedad personal (hasta 7 años)	4	2	0.192	0.662
Divorcio o Separación de los padres	1	1	0.523	0.470/1.000

*La prueba exacta de Fisher se agregó para las comparaciones estadísticas cuando la frecuencia esperada en el chi-cuadrado fue al menos en una celda, menor que 5.

ni del divorcio de los padres. Todos estos datos se refieren en la Tabla 4.

Discusión

Nuestro estudio muestra diferencias entre las experiencias infantiles de pacientes con Trastorno por Pánico y las de un grupo testigo sin dicho trastorno. El grupo de pacientes sufrió mayor cantidad de eventos vinculados con enfermedades severas o muertes de figuras psicológicamente significativas durante su temprana infancia, antes de los 7 años de edad.

De acuerdo con estos resultados, pensamos que los eventos tempranamente acaecidos relacionados con la muerte y su significado psicológico y efecto emocional son importantes en la patogénesis del Trastorno por Pánico.

Los resultados coinciden en general con informes previos sobre una alta prevalencia de eventos traumáticos tempranos en pacientes con esta nosología (3, 6, 11). La influencia de la muerte de los padres o de sus enfermedades durante la infancia ha sido considerada como devastante, pero más bien por los efectos de la separación que por el evento en sí mismo. Sin embargo, algunos autores han encontrado que las situaciones de separación de los padres pueden ser un predictor de trastornos depresivos, pero no de Pánico(6). En concordancia

con esto último, en nuestro estudio ningún paciente—salvo en un caso—sufrió separación de los padres durante la infancia.

El límite de 7 años de edad como línea de vulnerabilidad para los eventos traumáticos surgió de este estudio y coincide con lo señalado por Freud en sus "Tres ensayos de teoría sexual", donde señala "la peculiar amnesia que en la mayoría de los seres humanos cubre los primeros años de su infancia, hasta el sexto o el octavo año de vida"(5). Asimismo, la edad de ocurrencia hasta los 7 años, sugiere que los eventos acaecidos alteran algún proceso del desarrollo psicológico temprano.

Los eventos traumáticos infantiles podrían actuar como una bomba de tiempo que en nuestros pacientes fueron activados en la edad adulta por diferentes situaciones. El DSM-IV admite que la pérdida o la afectación de algunas relaciones interpersonales, se relaciona con el inicio o exacerbación del cuadro. En nuestra muestra, observamos que entre los factores actuales encontramos una repetición del acontecimiento infantil.

Nos preguntamos entonces si en estos casos es posible que, además de las implicancias psicológicas de la separación del niño y sus padres, el evento "muerte" desarrolle en sí mismo un efecto patogénico. Este concepto se ve enfatizado por el hecho de que nuestros pacientes no sufrieron ninguna otra experiencia relacionada con ruptura en la unión

con sus padres o parientes cercanos (salvo en un caso), más que la de muerte o enfermedad severa de alguno de ellos. Nuestros resultados sugieren que hay aspectos del desarrollo infantil que están involucrados en la patogénesis del trastorno y que, en estos casos, los eventos de muerte y enfermedad grave en un otro significativo, han perturbado en forma traumática la posibilidad de contener dentro de la vida mental la temática de la muerte, que se presenta en cada ataque de pánico como realidad en sí misma—como sensación de muerte inminente—sin mediación simbólica.

De este modo y contrastando con el punto de vista clásico de que el Pánico es meramente el resultado fisiológico de una descarga del sistema noradrenérgico, lo encontramos también vinculado a la historia personal del sujeto.

Los psicodinamismos de la conceptualización de la muerte en el logro de una vida armónica no se han investigado lo suficiente. La proximidad de la muerte o enfermedad grave de personas significativas para el sujeto, durante la infancia, podría alterar el curso de formación de un proceso psicológico que implique la capacidad de tolerar la idea de la muerte y permitiría vivir sin la constante presencia de la idea de la propia muerte, tal como ocurre en nuestros pacientes. Esta capacidad podría ser capital para el desarrollo de una vida con proyectos y aspiraciones(8) ■

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, 4 ed., Masson S. A., Barcelona. 1995.
2. Charney D. S., Heninger G. R., Abnormal regulation of noradrenergic function in panic disorder. *Am. J. Psychiatry*. 1986; 43: 177-189.
3. Faravelli C., Webb T., Ambonetti A., et al., Prevalence of traumatic early life events in 31 Agoraphobic patients with Panic Attacks. *Am. J. Psychiatry*. 1985; 142: 1493-1494.
4. Finlay-Jones R., Scott R., Duncan-Jones P., Byrne D., Henderson S., The reliability of reports of early separations. *Australian and N. Zealand J. Psychiatry* 1981; 15: 27-31
5. Freud S., Tres ensayos de teoría sexual, 1915. En *Obras Completas*, vol 7, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1984.
6. Kendler K. S., Neale M. C., Kessler R. C., et al., Childhood parental loss and adult psychopathology in women. A twin study perspective. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1992; 49: 109-116.
7. Klein D., Anxiety Reconceptualized. *Compr. Psychiatry*. 1980; 21: 411-227.
8. Manfredi C., Linetzky L: Trastorno por pánico. Una aproximación psicoanalítica. *Vertex Rev. Arg. de Psiquiat*. 1996, 7: 90-94
9. Paykel E., Prusoff B., Scaling of life Events. *Arch. Gen. Psychiatry* 1971; 25: 340-347.
10. Pitts F. N., McClure J. N., Lactate metabolism in anxiety neurosis. *N. Engl. J. Med.* 1967; 277: 1329-1336.
11. Tennant C., Parental loss in childhood. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1988; 45: 1045-1050.

ABORDAJE FAMILIAR EN LA INTERNACION PSIQUIATRICA

Andrea Mathov *Médica Psiquiatra Hospital "T. de Alvear". Integrante del CEFyP.
La Pampa 1895, 5° P., 1428 Tel.: 701-6563, 784-5265, Buenos Aires.*

"Como terapeutas, esperamos producir una posición irreverente, entendiendo ésta como el constante cuestionamiento y la permanente curiosidad, evitando la certidumbre de las verdades últimas"
G. F. Cecchin(6)

Quisiera transmitir en este artículo, algunas ideas sobre un posible abordaje de aquellas familias que vemos alrededor de los pacientes internados en una institución psiquiátrica.

La cita del inicio refleja algo de mi modo de pensar la intervención en la familia.

Entiendo a la familia como un sistema abierto, en transformación constante, sujeto a reglas, mandatos y creencias, que atra-

viesa etapas que exigen una reestructuración permanente, que posibilita el crecimiento de cada miembro que la compone, integrando la necesidad de diferenciación y la necesidad de pertenencia a un sistema suficientemente cohesionado, donde el cambio de uno de los miembros supone un reacomodamiento de los otros(2, 3).

Definir a la familia como sistema supone un encaje peculiar entre los distintos elementos del mismo. Observamos de éste, los actos que sirven a la comunicación de los sujetos que lo componen, sus diálogos, el lenguaje.

Desde esta perspectiva, no dejo de pensar en cada individuo en sí mismo, pero se acentúa mi mirada en lo que ocurre entre los individuos. En esta línea de pensamiento los síntomas son leídos

como parte de las secuencias comunicacionales que ligan a los individuos entre sí. El síntoma, leído como mensaje dentro de un sistema dado, nos anuncia que en esa familia, se ha perdido el valor de la palabra como vehiculadora de un sentido. El síntoma comunica que algo no funciona en el sistema, pero oculta/disfraza con su presencia la disfunción relacional. Los síntomas que se instalen, serán más graves cuanto más rígida sea la familia, esto es cuanto menor posibilidad tenga de transitar cambios adaptándose a los mismos. En sentido contrario, una familia que encuentre recursos nuevos para situaciones inesperadas, podrá transitar las distintas etapas, sin quedar congelada en el tiempo(3).

Generalmente, las familias que vemos desde el abordaje realizado en una sala de internación, reúnen algunas características comunes.

En estas familias –que llamaré gravemente perturbadas– existe un desequilibrio entre las variables unión/pertenencia y diferenciación/separación. Se acentúa alguno de los polos sin mantener la armonía entre las variables. La diferenciación está impedida.

La diferencia y el alejamiento son vividos como amenaza al sistema. Esto es, para pertenecer está prohibido lograr la autonomía a través de la diferencia. La diferenciación/separación se instala como exclusión o no pertenencia. Es probable que los síntomas más graves se instalen como recurso fallido para lograr la autonomía o la pertenencia, pero el efecto es el contrario, impidiendo la separación o aumentando aún más la

Resumen

En este artículo, se intenta transmitir, un modelo de abordaje posible de las familias gravemente perturbadas, en que uno de sus miembros se encuentra internado en una institución psiquiátrica. Se definen variables comunes a este tipo de familias. Se sugieren posibles estrategias para que la internación psiquiátrica sea un momento de cambio para el paciente internado y su familia.

Palabras Clave: Internación psiquiátrica – Terapia familiar – Sistemas familiares

FAMILY APPROACH IN THE PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION

Summary

This article tries to expose a possible approach model on severely perturbed families whose one of it's member is hospitalized in a psychiatric institution. Variables in common to this type of families are defined. Possible strategies are suggested so that the psychiatric hospitalization become a time of change for both the hospitalized patient and it's families context.

Key Words: Psychiatric hospitalization – Family therapy – Family system

APPROCHE FAMILIALE ET HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE

Résumé

Dans cet article, l'auteur voudrait transmettre un modèle d'approche auprès des familles gravement perturbées par l'hospitalisation de l'un de ses membres dans une institution psychiatrique. Nous déterminons des variables communes à ce type de familles. Nous suggérons des stratégies pour que l'hospitalisation soit un facteur de changement pour le patient et sa famille.

Mots Clé: Hospitalisation psychiatrique – Thérapie familiale – Systèmes familiales

exclusión. La internación opera como un corte, que la familia por sí misma no puede realizar. Esto es, esperamos que produzca un efecto de diferenciación.

Definir a la familia como sistema abierto supone que la incorporación de códigos y leyes del afuera forma parte de los valores de la funcionalidad.

Los códigos y leyes que más pesan en estas familias son aquellos mandatos y reglas intergeneracionales. El vínculo de alianza es pobre en términos de crear diferencia. Éstas, son familias donde la desilusión en el encuentro con un otro distinto a aquel imaginado, no es tolerada(10).

Existe un forzamiento de las funciones que dejan a cada sujeto anudado a éstas. El sujeto pasa a ser lo que el sistema impone o no es(3, 11).

La pregunta, entonces, es cómo crear este espacio de intervención con la familia, para que se produzca algún efecto y, la internación psiquiátrica no opere únicamente con el paciente que llamamos designado(7).

Cuando un sujeto llega a una familia, no pisa suelo virgen. El hijo, no adviene a la nada. Llega en el marco de expectativas, fantasías y deseos. Viene a ocupar un lugar en los mitos familiares de cada uno de los padres y en los contruidos en la familia en su conjunto. Las preguntas: ¿quién es ese hijo para cada uno de los padres? ¿de quién y para quién es? ¿qué vacíos ocupa con su existencia? nos ubican en una trama que intentaremos tejer con la familia. ¿En qué medida las ilusiones y desilusiones en el vínculo

“Como terapeutas, esperamos producir una posición irreverente, entendiendo ésta como el constante cuestionamiento y la permanente curiosidad, evitando la certidumbre de las verdades últimas”

G. F. Cecchin

creado con el hijo, se ajustan a viejas expectativas o se construyen en el día a día con lo que ese sujeto modifica con su presencia? El tiempo se congela a través de los mandatos y creencias y se expresa en la familia como una trama incuestionable.

En nuestro encuentro con la familia intentaremos producir interrogantes que abran aquello llenado con certezas. Intentaremos desanudar los mandatos irreductibles de la historia. Ocupar un lugar desde el cual dar cuenta de aquella trama fija e impenetrable(8).

Si la aparición de lo nuevo no se torna insostenible en la familia, habremos avanzado con ellos en la construcción de una nueva mirada sobre sí(9).

“¿Cuál es la diferencia entre el cristal y el humo. El cristal es el modelo de redundancia, de la repetición rígida, y el humo es la metáfora de la imprevisibilidad. Lo vivo se sitúa entre el cristal y el humo, en tanto tiene una estructura determinada, pero puede modificarse y adquirir nuevas propiedades”(1).

Las familias que abordamos desde la internación psiquiátrica se parecen más al cristal y es a través de nuestro trabajo que intentamos recuperar “lo vivo” en ellas.

Las intervenciones operarán como “un ruido situado entre dos umbrales, deberán ser suficientemente nuevas para modificar el sistema, pero no tan disruptivas como para destruir el mismo”(9).

Las familias que solemos ver en salas de internación psiquiátricas, se presentan con certezas inamovibles, con hipótesis sobre la enfermedad que poco tienen que ver con los vínculos.

Son familias en las que la rigidez del sistema es notoria. Los juegos que en ellas existen están muy cristalizados y suelen presentarse con una fachada de un “todo está bien”. No hay cuestionamiento alguno. El paciente designado, sin embargo, denuncia con su padecer algo que excede. Lo que a él le ocurre, no es asible, manejable. Enfrenta a la familia con un no poder que habla de la pérdida del valor de la palabra. Síntomas desbordados y la familia que no puede contenerlos y la necesidad de un otro para esto, nos anuncian lo fallido de alguna función. Es desde lo terapéutico que algo de esto debe instituirse. Algo de ese orden faltante lo proveerá, en el mejor de los casos, el abordaje familiar que se realice.

Al decir de S. Minuchin “la internación brinda un alivio necesario para los miembros de la familia, que se sienten sobrecargados y desmoralizados. Desafortunadamente, las tensiones tienden a reaparecer cuando se le da el alta al paciente”(7).

La familia que ha utilizado como recurso para la resolución de una crisis la internación, es probable que vuelva a hacerlo, si en ella no se movilizan los recursos necesarios para impedirlo.

La internación puede o no convertirse en novedad para esa familia. Si en la estructura familiar nada es modificado, el paciente retornará a un lugar desde donde sus síntomas podrán volver a apa-

Familia:

“Sistema abierto, en transformación constante, sujeto a reglas, mandatos y creencias, que atraviesan etapas que exigen una reestructuración permanente, que posibilite el crecimiento de cada miembro que la compone, integrando la necesidad de diferenciación y la necesidad de pertenencia a un sistema suficientemente cohesionado, donde el cambio de uno de los miembros suponga un reajuste de los otros”

Familias gravemente perturbadas

- Desequilibrio entre variables unión/pertenencia y diferenciación/separación
- Presencia de síntomas como recurso fallido para lograr autonomía o pertenencia
- Fuerte sometimiento a mandatos intergeneracionales como pobreza del vínculo de alianza
- Forzamiento de las funciones. Sujeto anudado a su función
- Intolerancia a la desilusión frente a la diferencia y o/otro

recer. Para que la internación se transforme en un "acontecimiento", la familia debiera reorganizarse de un modo no previsible hasta ese momento(4).

Con la internación, la familia se desentiende de lo que en ella ocurre. Para ésta, es responsabilidad de la institución resolver el problema. Como terapeutas familiares, reinstalamos con interrogantes aquello que perturba. Intentaremos flexibilizar el sistema, creando las condiciones para un diálogo(8).

El tenor de las intervenciones, en la medida que acople con la familia, no producirá una fractura, de lo contrario habremos fracasado, y la expulsión del sistema será nuestro destino. Cuando se produce en la familia una situación de crisis y uno de sus miembros debe ser internado, el abordaje que realizaremos no surge de la demanda espontánea. La demanda con la que llega la familia se sitúa en relación al paciente que debe ser internado, y la expectativa de cambio poco tiene

que ver con ellos. Es probable que nos encontremos con disponibilidad insuficiente y ésta tenga que ser construida en el trabajo terapéutico. El convocar a la familia en la internación, es en sí una intervención.

Probablemente los padres que internan a su hijo en una institución psiquiátrica esperan de ella que le devuelvan al hijo sin aquello que hacía imposible la convivencia. La respuesta que provea la institución en la lectura que en ella se haga del conflicto, podrá modificar o no aquella demanda inicial.

Sabemos que la familia llega con una escisión en su interior. Por un lado tenemos al paciente designado y por otro al resto que no puede con él, que se definen como sanos y precisan que otro pueda con lo que ellos no han podido.

Es del paciente designado de quien hay que ocuparse, y en general la idea de trabajar con el núcleo familiar es resistida, ya que al presentarse los síntomas tan definidos en uno de los miembros, el orden de las respuestas que se esperan están referidas exclusiva-

Flexibilidad en sesión

- Acople Terapeuta/paciente familia
- Transformación de la narrativa
- Reposicionamiento de los sujetos ante la aparición de nuevas miradas

Rigidez en sesión

- Evolutiva del discurso fija
- Escalada de certezas
- Oclusión de interrogantes
- Renuncia al saber



ACOMPANIAMIENTO TERAPÉUTICO

ASISTENCIA - DOCENCIA E INVESTIGACION

COORDINACION
GUSTAVO ROSSI
FEDERICO MANSON
GABRIEL PULICE

*Atención en Urgencias - Internación Domiciliaria
Recreación - Traslados - Externaciones y Rehabilitación*

*Adicciones - Bulimia y Anorexia - Pacientes con
Trastornos graves - Tercera Edad*

865-9104 / 854-2306 / 823-7431

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

mente a éste. La cultura ha contribuido en este punto ofreciendo un modelo donde la idea de internación psiquiátrica puede ser pensada como un lugar, donde la familia aloja al miembro perturbado, y deposita la responsabilidad del cuidado en la institución. Asimismo la preponderancia de ideas que ponen al sujeto como foco de la estrategia, distrae de la dinámica de las relaciones familiares como causales o facilitadoras de la aparición de un determinado problema.

Abordar a la familia implicará entonces una complejización de la demanda presentada, incluyendo variables que contemplen la dinámica de las relaciones familiares, además del trabajo terapéutico con el paciente internado. Supondrá la inclusión de una mirada que entienda al individuo como parte de un sistema (familia), y por lo tanto será un sujeto atravesado por la posición que en ese sistema ocupe(11).

De este modo, al observar la conducta del sujeto/paciente internado, el foco se habrá corrido de él a las secuencias interaccionales recursivas que mantienen al síntoma, a las coaliciones y alianzas intrasistémicas, a los subsistemas en que se organiza la totalidad, a las leyes que gobiernan al sistema en términos de mandatos y creencias, a los lugares que cada uno ocupa, al momento del ciclo vital de la familia en el que apare-



cen los síntomas, al modo en que los síntomas modifican la relación entre los miembros de la familia, a las palabras significativas que organizan el discurso compartido de la sesión familiar, etc.(2, 3, 6, 10, 11).

Es decir que la complejización de la demanda, implica correr el foco del individuo enfermo, a la relación que lo sostiene en ese sitio. Este corrimiento, no implica negar la patología sino que nuestro foco no estará sólo en el individuo, sino en la relación.

Nuestra mirada nos llevará a tejer con la familia, un tramado

con el modo en el cual el síntoma se encadena en un determinado juego relacional, donde se ha congelado el modo de cada uno de ver el problema. Intentaremos trabajar en la estructura relacional actual e histórica de la familia; sobre el grado de constreñimiento de cada uno de los que la componen, y la posición de cada uno de ellos en ese juego.

Defino juego como una metáfora posible de los intercambios conductuales en una familia(11). Pensar en un juego, integra lo genérico, es decir las reglas, con las movidas individuales, que se di-

Clínica Privada Banfield S.A.

50 años

al servicio de la asistencia en salud mental

1947 - 1997

Azara 1780 - Banfield - Tel.: 242-2364/2227/2862 - Av. Corrientes 2014 Tel.: 953-3033/2606

Abordaje familiar

- Complejización de la demanda inicial
- Flexibilización del sistema
- Búsqueda de acople terapeuta/familiar
- Co-construcción de la trama relacional
- Intervención sobre el constreñimiento de cada sujeto en la estructura relacional actual e histórica
- Movilización de nuevos recursos familiares
- Elaboración de expectativas depositadas en la internación
- Apertura de interrogantes vs. continuidad de las certezas
- Inclusión del contexto institucional
- Trabajo en equipo
- Registro de parámetros de flexibilidad y rigidez en sesión

ferenciarán entre sí dando identidad a cada "jugador". Desde nuestra mirada, situaremos a cada individuo de acuerdo a una lógica sistémica. A su vez, nosotros como terapeutas, nos integraremos a ese juego, ocupando un lugar y será desde allí desde donde operaremos. Pensar de este modo su-

pone un modelo de intervención desde la internación, donde la responsabilidad de lo que sucede con el paciente no está desligada de la familia. Generalmente, el vivir la situación de enfermedad como ajena, impotentiza a la familia en su posibilidad de renovar recursos(7, 11).

La movilización de recursos familiares, implica el trabajo sobre el reordenamiento de lugares y funciones en la familia, la involucración o desinvolucración de la familia extensa, el refuerzo de vínculos bloqueados parento-filiales o de la fratría, la inclusión de la familia en lo social.

Responsabilizar a la familia de lo que sucede en ella, implica pensar que los cambios que en ella se sucedan redundarán en una mejoría para el paciente identificado, y que la activación de recursos familiares podrá detener la carrera psiquiátrica iniciada por uno de sus miembros.

Para finalizar, quisiera puntuar algunas cuestiones a tener en cuenta al ejercer la función de Terapeuta Familiar desde la internación psiquiátrica.

1. El abordaje familiar durante la internación es sólo una primera etapa del tratamiento de la familia. Si se cumple con el objetivo de generar un espacio para el diálogo y la pregunta, abrir interrogantes desplazando certezas, movilizar ciertos recursos familiares, crear disponibilidad y generar una demanda más allá del paciente que los trajo, podremos estar más que satisfechos.

2. Trabajo en equipo: Es frecuente ver en el tratamiento de familias graves, que desde el equipo tratante se reproducen isomórficamente los modos familiares. La falta de claridad relacional, las exclusiones, las alianzas, las coaliciones y la denigración, forman parte del menú de estas familias, y pueden instalarse como pauta relacional en el equipo tratante, si de esto no se está advertido.

La simultaneidad de terapias que se produce durante la internación, exige la responsabilidad del equipo de operar con una estrategia conjunta.

3. El abordaje no puede excluir la elaboración de las expectativas depositadas en la internación, ni el trabajo para la reinserción del paciente. El alta es una responsabilidad compartida entre la institución y la familia.

4. El terapeuta Familiar no está solo: el contexto institucional forma parte de la intervención familiar. La intervención con la familia, incluye a todos los niveles

ARIADNA

CENTRO DE ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO EN SALUD MENTAL



- CENTRO DIURNO PARA PACIENTES PSIQUIATRICOS
- CONSULTORIOS EXTERNOS
- EQUIPO DE ASISTENCIA DOMICILIARIA A PACIENTES CON ENFERMEDADES MÉDICAS
- INTERNACION DOMICILIARIA
- URGENCIAS
- ATENEOS DE ACTUALIZACION CLÍNICA Y BIBLIOGRÁFICA
- SUPERVISIONES

Dra. Liliana Fernández
Directora

PREPAGOS ARANCELES INSTITUCIONALES
CONDE 1002, 1426 Capital Federal
Fax: 555-70 56 Tel.: 555-57 78

desde donde se realicen indicaciones a ésta (visitas, salidas, permanencia o no de los padres, citación a familia extensa, intervenciones en lo legal, etc.). Es central que el Terapeuta Familiar las conozca y opere con ellas.

5. Evaluación permanente de los parámetros de flexibilidad y rigidez en sesión, con la finalidad de medir el avance o estancamiento del proceso terapéutico(10).

Entiendo por parámetros de flexibilidad en sesión, la posibilidad de acoplamiento terapeuta/familia, la posibilidad de transformación de la narrativa en el transcurso de la sesión y entre sesiones, el posible reposicionamiento de los sujetos ante la aparición de nuevas miradas.

En oposición a lo anterior, la instalación de rigidez en sesión, estará dada cuando la evolución



del discurso sea inamovible, cuando haya escalada de certezas entre terapeuta y familia, y

cuando persista la renuencia a saber y la oclusión de interrogantes ■

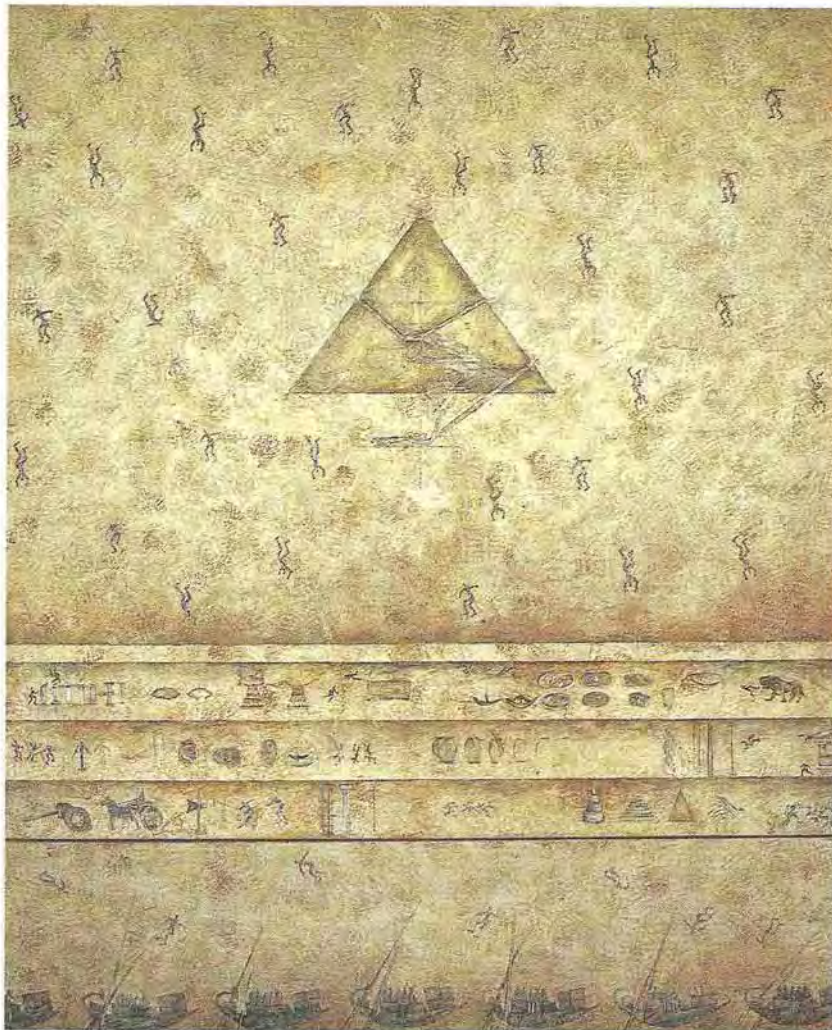
Referencias Bibliográficas

1. Atlan, H., *Entre le cristal et la fumée*, Seuil, París, 1979.
2. Andolfi, M., *Terapia familiar*, Paidós, Buenos Aires, 1985.
3. Andolfi M. y otros, *Detrás de la máscara familiar* Ed. Amorrurtu, Buenos Aires, 1985.
4. Abraham, T., Badiou, A., Rorty, R., *Batallas éticas*. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1995.
5. Berty, E., Cómo argumentan los hermeneutas, en *Hermenéutica y racionalidad*. G. Vattimo compilador. Ed. Norma, Buenos Aires, 1994.
6. Cecchin, G., Construcciónismo social e irreverencia terapéutica, en *Nuevos Paradigmas, cultura y subjetividad*, D. Schnitman compilador, Paidós, Buenos Aires, 1994.
7. Elizur, J., Minuchin, S., *La locura y las instituciones. Familia, terapia y sociedad*. Ed. Gedisa, Buenos Aires, 1991.
8. Gadamer, H. G., *Verdad y método*. Tomo II. Cap XVI La incapacidad para el diálogo. Ediciones Sígueme, Buenos Aires, 1994.
9. Hornstein, L., *Práctica psicoanalítica e historia*. Paidós, Buenos Aires, 1993.
10. Loketek, A. *Diagnóstico e indicación en terapia familiar*. Boletín N° 4, 1996, Buenos Aires, CEFYP.
10. Selvini Palazzoli M. y otros, *Los juegos psicóticos en la familia*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1988.



AVRIL
clínica de internaciones breves
Excelencia en Salud Mental

Humahuaca 3771 Capital Federal - Tel: 865-9532 / 33



Silvia Brewda
Scriptura
Díptico
Acrílico sobre tela
1996
178 x 140 cm



dossier

Avances en neurociencias y psicofarmacología

coordinación Gabriela Silvia Jufe y Norberto Aldo Conti

Que vivimos un momento de crisis paradigmática es una reflexión ya instalada en nuestra especialidad. Los marcos referenciales teóricos que nos contenían de manera relativamente cómoda hasta principios de los '80 se han tornado insuficientes para albergar la impresionante cantidad de conocimientos producidos día a día en el terreno de las neurociencias. Éstas han ocupado el centro de la escena en todo el campo de la investigación científica e inclusive se han impuesto como un interés de conocimiento de la sociedad toda, la cual, actualmente, ha depositado su confianza en la esperanza (a veces desmedida por efecto de una divulgación periodística apresurada o intencionada) de que este desarrollo, sin duda prometedor, traiga aparejada una mejor calidad de vida para una buena parte de su población.

Sabemos que un equilibrio ponderado no es fácil; nada más peligroso en el terreno de la ciencia que las extrapolaciones y generalizaciones apresuradas. Ese maravilloso fenómeno de las neurociencias, campo incesante de producción de conocimientos, no ha alcanzado aún su unidad: la pluralidad de desarrollos de investigación y descubrimientos en campos de alta especificidad técnica y metodológica hacen imposible en lo inmediato no sólo la síntesis sino también la articulación de muchos de los descubrimientos e hipótesis formulados.

En el terreno específico de la psiquiatría, este abrumador aporte introduce el problema central de su articulación con la subjetividad del padecimiento humano bajo la forma del hecho psicopatológico. Es justamente la resolución de este nudo gordiano lo que permitirá el desarrollo de una psiquiatría clínica con mayor eficacia terapéutica, la cual sólo será posible alcanzar sobre la base del respeto y la justa valoración de las diversas y ricas identidades regionales, históricamente determinadas, que constituyen nuestra especialidad.

En el Dossier que presentamos, dos artículos nos hablan de los aportes terapéuticos más recientes en el campo de la psicofarmacología clínica: "Farmacología de las nuevas drogas antidepresivas" y "Los nuevos antipsicóticos" por Irene Elenitza y Gabriela Jufe, respectivamente. En ellos se pasa revista a las aplicaciones, efectividad y problemas de drogas de última generación, en algunos casos, aún no comercializadas en nuestro medio.

¿De qué manera trabaja la psicofarmacología experimental?, ¿Cómo desarrolla sus conocimientos? A este universo nos introduce Silvia Wikinski de manera clara y concisa.

Daniel Thierer nos pone en contacto con el inquietante campo de los estudios sobre plasticidad neuronal con una completa y ajustada síntesis de los desarrollos actuales en ese terreno.

Finalmente el Dr. Luis María Zieher, uno de nuestros investigadores más afamados en el terreno de las neurociencias, hace un racconto, sin respiro para el lector, de los temas más candentes de la psicofarmacología actual: cambios adaptativos y mecanismos genómicos involucrados, permanencia del cambio adaptativo, relación de los mismos con el uso de psicofármacos o su discontinuidad, presente y futuro de la psicofarmacología experimental y clínica.

Es nuestro deseo que esta entrega, despierte, estimule o vivifique, según los casos, la reflexión enunciada al principio sobre el presente y futuro de nuestra psiquiatría ■

Norberto Aldo Conti

Farmacología de las nuevas drogas antidepresivas

Irene María Elenitza

Médica especialista en Psiquiatría. Hosp.
"T. de Alvear". Buenos Aires
Vidal 2027, 6° "D". Tel.: 786-1219

En este capítulo examinaremos las principales características farmacocinéticas y farmacodinámicas de las nuevas drogas antidepresivas. Estas son:

- Inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina: *fluoxetina*, *sertralina*, *paroxetina*, *citalopram* y *fluvoxamina*.
- Inhibidoras de la recaptación selectiva de serotonina y noradrenalina: *venlafaxina*.
- Antidepresivos selectivos serotoninérgicos y noradrenérgicos: *mirtazapina*.
- Inhibidores de la recaptación de serotonina y antagonistas serotoninérgicos-2: *nefazodone*.
- Antidepresivos promotores de la captación de serotonina: *tianeptina*.
- Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y dopamina: *bupropión*.

Inhibidores de la recaptación selectiva de Serotonina (I.R.S.S.)

Los I.R.S.S. conforman un grupo de drogas estructuralmente distintas y con características farmacocinéticas diferentes. Ellas son fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram, y fluvoxamina. Comparten el mismo mecanismo de acción: la inhibición de la recaptación de serotonina (acción precoz) y modificaciones en la densidad y sensibilidad de β -adrenorreceptores post-sinápticos y receptores serotoninérgicos 5-HT_{1A} y 5-HT_{2A} (acción tardía). No poseen interacción significativa con receptores adrenérgicos, muscarínicos e histaminérgicos. Asimismo, los I.R.S.S. poseen un índice terapéutico elevado (drogas seguras

en casos de sobredosis). No provocan aumento de peso y presentan un amplio perfil de acciones potenciales. Del mismo modo que los antidepresivos clásicos, presentan tiempo de latencia previo a la aparición del efecto terapéutico antidepresivo e igual eficacia farmacológica que éstos.

Farmacocinética

Poseen buena biodisponibilidad oral que no se ve afectada por la presencia de alimentos. Presentan alta unión a proteínas (50 al 99 %) con excepción de la fluvoxamina. Atraviesan barrera hematoencefálica (B. H. E.) y placenta. Las vidas medias de los I.R.S.S. difieren entre sí y dependen de la presencia de metabolitos farmacológicamente activos (ver cuadro I).

La fluoxetina se metaboliza a norfluoxetina, cuya vida media es de 7 a 15 días y la sertralina se metaboliza a desmetilsertralina cuya vida media es de 66 hs (compuesto de menor potencia farmacológica que la droga madre). A mayor vida media menor riesgo de síntomas de discontinuación, pero mayor riesgo de interacciones con otras drogas.

Los I.R.S.S. se metabolizan en el hígado a través del sistema de citocromo P450. A este nivel se producen importantes interacciones farmacocinéticas, debido a que los I.R.S.S. ejercen una acción inhibitoria sobre este sistema enzimático oxidativo. Por lo tanto, toda droga sustrato del citocromo P450, co-administrada con un I.R.S.S. elevará su concentración plasmática y, dependiendo de su índice terapéutico, presentará o no consecuencias clínicas para el paciente (ver cuadro II). De los cinco I.R.S.S. la fluoxetina es el

más potente inhibidor del citocromo P450 junto con la paroxetina.

Uso clínico

No hay estudios clínicos específicos que se requieran previamente a la administración de un I.R.S.S. Se indican en una única toma matinal, a excepción de la fluvoxamina que se indica por la noche. La dosis de comienzo (ver cuadro I) coincide habitualmente con la dosis terapéutica para la mayoría de los pacientes. Debe reducirse en un 50 % en pacientes con daño hepático y en pacientes ancianos se comienza con dosis más bajas. En casos de Trastorno Obsesivo Compulsivo (T.O.C.) se precisan dosis mayores de las habituales y en pacientes con ataque de pánico el comienzo se efectúa con dosis muy bajas. El retiro abrupto de un I.R.S.S. provoca ansiedad, insomnio, irritabilidad, sudoración y mareos.

Efectos adversos

Los más comunes son: trastornos gastrointestinales (G.I.), insomnio y disfunción sexual. Al inicio del tratamiento con un I.R.S.S. pueden presentarse: ansiedad, nerviosismo, agitación, insomnio, debilidad y anorexia. La reducción de la dosis, en esos casos, favorece la mejoría clínica del paciente.

• *Psiquiátricos*: agitación, inquietud, insomnio (fluoxetina) y sedación (fluvoxamina).

• *Neurológicos*: temblor fino, acatisia (fluoxetina).

• *Cardiovasculares*: raramente bradicardia, taquicardia, fibrilación auricular.

• *Gastrointestinales*: (dosis de-

Isoenzima	Substrato	Inhibidor
1A2	Tricíclicos (T. C. AS); Teofilina; Clozapina; Propanolol.	Fluvoxamina
2C	T. C. AS.; Barbitúricos; Diacepam; Propanolol.	Fluvoxamina; Fluoxetina; Sertralina.
2D6	Antiarrítmicos; T. C. AS.; Haloperidol; Risperidona; Fluoxetina; Venlafaxina; Propanolol; Timolol.	Fluoxetina; Paroxetina; Sertralina.
3A4	Analgésicos; Antiarrítmicos; Anticonvulsivantes; Antidepresivos; Esteroides; Anestésicos locales; Eritromicina.	Fluoxetina; Sertralina; Nefazodone; Ketoconazol.

pendientes) náuseas, vómitos, anorexia.

• *Sexuales*: 30 a 40 % de pacientes: disfunción sexual, impotencia, anorgasmia y trastornos de la eyaculación.

Toxicidad

(Dosis dependiente) náuseas, vómitos y síntomas de activación del S. N. C. Tratamiento: de soporte y sintomático.

Interacciones

⇒ Como resultado de la inhibición del citocromo P450 por los

I.R.S.S. se produce un incremento en la concentración plasmática de diversas drogas (ver cuadro II).

⇒ La combinación de I.R.S.S. con otros agentes serotoninérgicos puede inducir un "síndrome serotoninérgico".

Indicaciones

• *Aprobadas*: Depresión Mayor, Profilaxis de Depresión Mayor Recurrente, Fase depresiva de Psicosis Maníaco Depresiva (P. M. D.), Bulimia y T.O.C.

• *Probables*: Pánico, Agorafobia asociada a pánico, Fobia social, Trastornos del comportamiento,

Cuadro I

	Fluoxetina	Paroxetina	Sertralina	Citalopram	Fluvoxamina
% de unión a proteínas	94	95	99	80	77
Pico plasmático (HS)	6 a 8	2 a 8	6 a 8	1 a 8	2 a 8
Vida media (HS) (Droga madre)	24 a 72	20	25	33	15
Vida media (HS) Metabolito	7 a 15 días		66		
Dosis mg /d	20 a 80	10 a 50	50 a 200	20 a 60	50 a 300



Espectro de T.O.C., Abstinencia de drogas.

• Venlafaxina

Se trata de una nueva droga que pertenece al grupo de las feniletilaminas. Se la denomina inhibidor dual de la recaptación, por inhibir, tanto la recaptación de noradrenalina como la de serotonina (y en menor medida la de dopamina).

Mecanismo de acción

A bajas dosis, mayor bloqueo de recaptación de serotonina y a altas dosis, mayor bloqueo de recaptación de noradrenalina y leve bloqueo de recaptación de dopamina. Esta droga produce subsensibilidad de receptores β , más rápidamente que otros antidepresivos. Esto pareciera asociarse con menor tiempo de latencia a la aparición del efecto antidepresivo de la droga.

Farmacocinética

Buena absorción en tracto G.I. Su unión a proteínas es del 27%. Vida media: 5 hs. Se metaboliza a nivel hepático por el sistema de citocromo P450 2D6, presentando

un metabolito activo farmacológicamente: la oxidesmetilvenlafaxina (O.D.V.), cuya vida media es de 11 hs y posee similar eficacia clínica que la droga madre. Se excreta por vía renal.

Uso clínico

Esta droga posee un perfil estimulante. El tratamiento se inicia con 75 mg/d repartidos en 2 o 3 tomas, aumentando la dosis en 75 mg. cada 4 días. La dosis recomendada es de 75 a 225 mg/d. Se aguardan por lo menos 6 semanas antes de retirar la droga. El retiro se realiza gradualmente, por el riesgo de aparición de depresión de rebote, mareos, náuseas y temblor. En pacientes sanos de tercera edad no es necesario modificar la dosis.

Efectos adversos

• *Más comunes:* Náuseas (37%), cefaleas, somnolencia, sequedad de boca, insomnio, nerviosismo, constipación y disfunción sexual.

• *Hipertensión arterial:* en tratamientos a largo plazo se evidencian un aumento de la presión arterial diastólica. La incidencia de aparición varía según la dosis:

- 200 a 300 m/d = 7%.
- más de 300 mg/d = 13%

El aumento de presión arterial diastólica según la dosis es:

→ 75 mg/d: aumento de 1 mmHg.

→ 225 mg/d: aumento de 2 mmHg.

→ 375 mg/d: aumento de 7.5 mmHg.

• *Convulsiones:* Muy baja incidencia: 0.26%.

Interacciones

⇒ No asociar con I.M.A.O.: Suspender Venlafaxina 7 días previos al comienzo de tratamiento con un I.M.A.O.

⇒ Cimetidina: Aumenta los niveles plasmáticos de Venlafaxina.

• Mirtazapina

Mirtazapina es un nuevo antidepresivo perteneciente al grupo de las piperacinoazepinas. Se trata de un antidepresivo noradrenérgico y serotoninérgico específico.

Mecanismo de acción

• Aumenta la neurotransmisión noradrenérgica a través del bloqueo de autorreceptores α_2 adrenérgicos.

• Aumenta la neurotransmisión serotoninérgica por diferentes vías: activación de neuronas serotoninérgicas, por medio de adrenerceptores α_1 (ubicados en el cuerpo neuronal); bloqueo de heteroreceptores α_2 localizados en terminales serotoninérgicas y estimulación específica de receptores serotoninérgicos 5-HT1 asociados al efecto antidepresivo.

• Bloquea receptores serotoninérgicos 5-HT2 y 5-HT3 postsinápticos.

Esta droga posee baja afinidad por receptores colinérgicos o dopaminérgicos y si bien su acción antihistamínica es importante, sus efectos sedativos no son pronunciados.

Farmacocinética

Se absorbe rápidamente luego de su administración por vía oral (V.O). Las comidas no afectan el proceso de absorción de la droga. Circula unida a proteínas en un 80%. Su vida media es de 20 a 40 hs. Se metaboliza en el hígado a través del sistema de citocromo P450. Presenta un metabolito activo: la desmetilmirtazapina (de menor potencia farmacológica

que la droga madre). Se excreta principalmente por riñón.

Uso clínico

Se administra por V.O. en una única toma nocturna. La dosis de comienzo es de 15 durante la primer semana, aumentando luego a 30 mg/d. Rango terapéutico: 15 a 45 mg/d. En caso de patología hepática o renal se deberá disminuir la dosis de la droga.

Efectos adversos

- *Más frecuentes:* sequedad de boca, aumento de peso, cefalea y sedación.

- *Menos frecuentes:* agitación, disfunción sexual, náuseas, diarrea, insomnio.

Mirtazapina no induce convulsiones en poblaciones de alto riesgo.

Interacciones

Mirtazapina presenta pocas interacciones con otras drogas. No inhibe al sistema citocromo P450.

• **Nefazodone**

Esta droga pertenece al grupo de las fenilpiperazinas. Es un antagonista de receptores serotoninérgicos 5-HT₂ y débil inhibidor de la recaptación de serotonina. Secundariamente bloquea receptores α_1 adrenérgicos (sin importancia clínica) e inhibe débilmente la recaptación de N.A. No posee acción sobre otros receptores. Carece de las propiedades activadoras de los I.R.S.S. y no provoca disfunción sexual.

Farmacocinética

Luego de su administración por V.O., el pico plasmático se produce luego de 1 a 3 hs. Circula unido a proteínas en un 99%. Se metaboliza en el hígado. Posee 3 metabolitos farmacológicamente activos: hidroxinefazodone, triazolodiona y m-CPP (m-clorofenilpiperazina). La vida media de la droga es de 5 hs.

Uso clínico

El tratamiento se inicia con 100 mg. 2 veces al día. Luego de una semana la dosis puede aumentarse a 300 mg/d.

⇒ Dosis terapéutica: 300 a 500 mg/d. La dosis máxima es de 600 mg/d.

⇒ Pacientes ancianos: 200 a 400 mg/d.



Efectos adversos

- *Más frecuentes:* boca seca, náuseas, mareos, constipación, astenia, hipotensión ortostática.

- *Menos frecuentes:* insomnio, agitación, ansiedad, temblor.

• **Tianeptina**

Esta es una nueva droga antidepresiva cuyo mecanismo de acción es la estimulación de la recaptación presináptica de serotonina. Se trata de una molécula tríciclica atípica con un núcleo dibenzotiadiazepínico sustituido y una cadena lateral amino-heptanónica. Esta droga no se une a los diferentes subtipos de receptores serotoninérgicos y no afecta en forma directa a la recaptación o liberación de otros neurotransmisores. Presenta muy baja afinidad por los siguientes receptores: α_1 , α_2 y β adrenorreceptores, dopaminérgicos D₂, muscarínicos e histaminérgicos.

Farmacocinética

La absorción de la tianeptina por V.O. es rápida y completa. La biodisponibilidad es del 99%. Su absorción no se modifica con las comidas. El pico plasmático se produ-

ce a las 0.94 hs luego de una única dosis. La unión a proteínas es del 95%. Se metaboliza a nivel hepático y presenta dos metabolitos: MC5 y MC3. El primero es activo farmacológicamente. La vida media de la droga es de aproximadamente 7 hs. Se excreta por vía renal.

Efectos adversos

- *Los más comunes son:* sequedad de boca, constipación, gusto amargo, mareos, aumento de peso y agitación.

- *Los menos frecuentes son:* crisis asmáticas, activación de cuadros psicóticos.

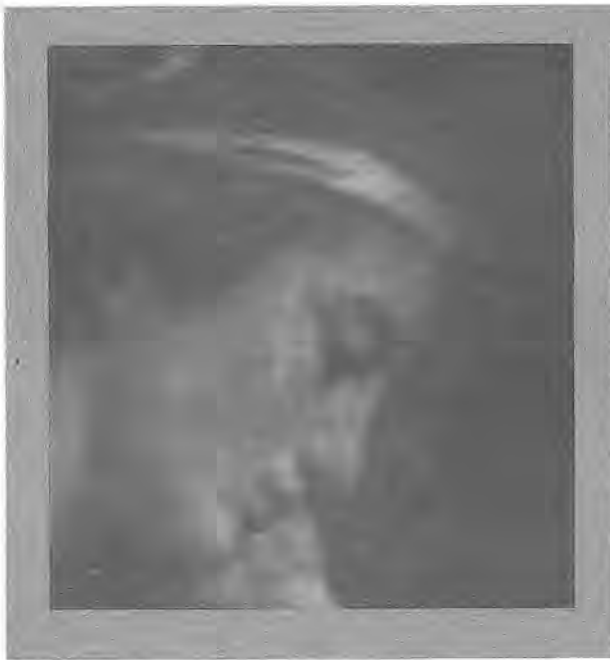
La tianeptina presenta un perfil de tolerabilidad más favorable que el de los antidepresivos clásicos.

Uso clínico

La dosis recomendada es de 12.5 mg 3 veces al día (hasta 50 mg/d). Se debe reducir en pacientes con daño renal y en los de tercera edad. La tianeptina presenta un perfil clínico de ansiólisis sin provocar sedación.

Poblaciones especiales

1. *Ancianos:* Debido a la baja incidencia de efectos anticolinérgicos y cardiotóxicos, esta droga es muy útil en pacientes de tercera edad.



nalina (siendo más débil sobre la segunda). Bupropión es un antidepresivo de acción estimulante. Presenta como efecto adverso una mayor incidencia que otros antidepresivos en la producción de convulsiones y una incidencia menor en la aparición de trastornos sexuales. Esta droga no se comercializa en nuestro país.

mg. 2 veces por día y luego de 4 días se aumenta la dosis en 100 mg. Siendo la dosis media de 300 mg/d. Los incrementos en las dosis no deben superar los 100 mg. cada 3 días debido al riesgo de aparición de convulsiones. La dosis máxima no debe superar los 450 mg/d.

Efectos adversos

- **Psiquiátricos:** Pasaje maniaco, (en menor porcentaje que con otros antidepresivos). Activación de síntomas psicóticos.

- **S. N. C.**

1. Convulsiones: Con dosis menores a 450 mg/d → 0.4% de incidencia.

Máxima dosis por toma: 150 mg/d.

Los pacientes bulímicos o en abstinencia de benzodiazepinas o en tratamiento con drogas que disminuyan el umbral a las convulsiones corren mayor riesgo de presentar este efecto adverso.

2. Agitación, temblor, insomnio, cefaleas y tinitus.

- **Endócrinos:** No se asocia con aumento de peso.

- **Trastornos sexuales:** No se evidenciaron. Por el contrario, se postula un efecto potenciador de la libido.

- **Cardiológicos:** No provoca enlentecimiento de la conducción ni exacerba arritmias ventriculares.

Interacciones

⇒ No combinar con I.M.A.O.

⇒ Con drogas que disminuyen el umbral a convulsiones: otros antidepresivos, Li, alcohol ■

2. **Alcoholismo crónico:** La tianepina es efectiva en el tratamiento de Episodio Depresivo Mayor (E.D.M.) seguido a la retirada del alcohol y en cuadros de alcoholismo crónico.

• Bupropión

Esta droga pertenece al grupo de las feniletilaminas. Presenta una débil acción inhibitoria sobre la recaptación de dopamina y noradre-

Farmacocinética

Se absorbe rápidamente por vía oral, con un pico plasmático a las 3 hs, luego de una dosis única. Circula unida a proteínas con un 80%. Su vida media es de 10 a 14 hs. Se metaboliza en el hígado presentando 2 metabolitos activos: OH. Bupropión y trehidrobupropión. Se excreta por vía renal.

Uso clínico

El tratamiento se inicia con 100

Bibliografía

Bloom F., Kupfer D., "Psychopharmacology, The fourth generation of Progress"; *American College of Neuropsychopharmacology*, 1994.
 Hyman, S., Arana, G., *Handbook of Psychiatric Drug Therapy*, 3ª edición; Little, Brown and Company, 1995.
 Kalina Z., Butler B., *Clinical Handbook of Psychotropic Drugs*. Clarke Institute of Psychiatry, Toronto, Canada. Fifth edition, 1995.
 Kaplan, H., Sadock, B., *Handbook of Psychiatric Drug Treatment*. Williams & Wilkins, second edition.
 Preskorn Sh., *Clinical Pharmacology of*

Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, Professional Communications. First edition, 1996.

Preskorn Sh., "Comparison of the tolerability of Bupropion, Imipramine, Nefazodone, Paroxetine and Venlafaxin"; *The Journal of Clinical Psychiatry*, Vol. 56. Suppl. 6, 1995, p. 12-21.

Rickels K., Nefazodone: "Aspects of Efficacy"; *The Journal of Clinical Psychiatry*, Vol. 56, suppl. 6, 1995, p. 43-46.

Schatzberg A., Nemeroff Ch., "Textbook of Psychopharmacology". *The*

American Psychiatric Press, 1995.

Stephen M. Stahe, "Essential Psychopharmacology", *Cambridge Univ. Press*, 1996.

The Journal of Clinical Psychiatry, Vol. 57, Suppl. 2, 1996. *Progress with Nefazodone*. P. 6-53.

The Journal of Clinical Psychiatry, Vol. 57. Suppl. 4. 1996. P. 3-33, *Pharmacology of New Antidepressants: From the laboratory to the Clinic*.

Wilde M., Benfield P., "Drugs Reprint, Focus on Tianeptine", Vol. 49, Nº 3, 1995.

Los nuevos antipsicóticos

En la actualidad, para que se dé curso al desarrollo de una molécula antipsicótica (AP) ya no es suficiente con que sea una droga efectiva, sino que también se le exige que produzca pocos o ningún síntoma extrapiramidal (SEP), que demuestre eficacia sobre los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia (EF), que sea (idealmente) superior en eficacia a los neurolepticos ya en uso (los típicos) y por lo menos igual de eficaz que la clozapina, y que mejore la función cognitiva y el estado de ánimo. Los fármacos que se aproximan a este perfil son los llamados *antipsicóticos atípicos*, cuya droga patrón es la *clozapina*. Si bien no hay un consenso acerca de qué son estos antipsicóticos, todas las definiciones existentes coinciden en que son *drogas que producen un efecto antipsicótico en dosis que no causan significativos efectos extrapiramidales agudos o subagudos*, como parkinsonismo o acatisia (para la risperidona, esto no se cumple con las dosis altas). Otras características de los atípicos, que sólo se mencionan en algunas definiciones, son: tener una eficacia superior sobre los síntomas positivos, negativos y de desorganización de la EF, que no haya evidencia de producción de diskinesias o distonias tardías luego de la administración crónica, y no producir hiperprolactinemia. Estas últimas características se encuentran de manera aislada en algunas de las drogas, pero no como un rasgo uniforme del grupo.

Hasta la fecha, el elemento básico para poder predecir el efecto antipsicótico es el perfil bioquímico de una droga. Resulta interesante la subdivisión de los nuevos AP en tres grupos que realizan J. Gerlach y C. García Ribera, basándose en su afinidad por los receptores:

1. los antagonistas relativamente selectivos de la dopamina (como la *sulpirida* y la *amisulprida*),

2. los antagonistas de la dopamina (D_2)/serotonina (5-HT₂)/noradrenalina (α_2) como la *risperidona*, la *ziprasidona* y el *sertindol*, y

3. los antagonistas de múltiples receptores, como la *clozapina*, la *olanzapina* y el *seroquel*.

Esta clasificación es de utilidad desde el momento en que permite una aproximación más clínica a los nuevos AP. Las tres categorías presentan una capacidad de generar SEP que es mayor en el primer grupo y menor en el tercero.

Pero para una mejor comprensión del tema, considero provechoso hacer primero un somero repaso de los efectos terapéuticos y adversos que puede generar el bloqueo de cada uno de los tipos de receptores que se mencionarán, porque esto ayudará a la comprensión del perfil clínico de cada una de las drogas.

Bloqueo de los receptores dopaminérgicos y serotoninérgicos

En general se acepta que la afinidad de un NL *in vitro* por los receptores D_2 va a predecir la eficacia, la dosis diaria y la capacidad de generar SEP. Esta relación, basada en datos *in vitro*, se ha visto confirmada por estudios *in vivo* de PET, que mostraron que el efecto terapéutico de los AP (con excepción de la clozapina) se alcanza a partir de un bloqueo del 70% de los receptores D_2 , mientras que los SEP generalmente se ven con una ocupación mayor. La disminución de la función dopaminérgica en la vía nigro-estriada conduce al parkinsonismo y otros SEP, y se ha es-

Gabriela Silvia Jufe

Médica especialista en Psiquiatría. Hosp. "T. de Alvear". Jefa de Trabajos Prácticos, 1era. Cátedra de Farmacología, Fac. de Med., UBA. Once de Setiembre 2140, 13° "K". Buenos Aires. Tel.: 786-5679

tablecido con bastante razón que un aumento en el tono serotoninérgico en ese área puede disminuir la neurotransmisión dopaminérgica, y que por lo tanto el bloqueo de los receptores 5-HT_{2A} tendrá el efecto opuesto (o sea, disminución de los SEP). Además, el aumento de la función dopaminérgica en la vía mesolímbica puede ser responsable de los síntomas positivos de la EF, mientras que la disminución de esta neurotransmisión en la corteza prefrontal puede dar origen a los síntomas negativos. Los estudios en animales sugieren que el bloqueo de los receptores 5-HT_{2A} aumenta los niveles de DA y 5-HT en el sistema límbico, y que este aumento también podría ocurrir en la corteza prefrontal. Estos resultados predecirían una eficacia de los antagonistas 5-HT_{2A} para combatir los síntomas negativos de la EF. También es posible, por supuesto, que la 5-HT tenga en esta enfermedad un papel más directo que el de modular la neurotransmisión dopaminérgica. Además, el problema de focalizar la atipicidad de un AP en su capacidad de bloquear un receptor serotoninérgico radica en la multiplicidad de receptores que hay para este neurotransmisor. Por ejemplo, estudios recientes con el receptor 5-HT₆ sugieren que la alta afinidad de la clozapina por él podría explicar las características únicas de esta droga, de manera similar a lo que se estudió anteriormente para esa droga con respecto al receptor D₄ (sin mayores resultados). Además, recientemente se ha sabido que las funciones cognitivas, motivacionales y motoras están reguladas por circuitos neuronales ganglios de la base-tálamo-corticales, que son independientes pero paralelos, y las estructuras que expresan los receptores 5-HT₆ y 5-HT₇ son intrínsecas de dichos circuitos, y por lo tanto esos receptores podrían influenciar tanto el perfil terapéutico como de efectos adversos de los AP que interactúan con ellos.

Bloqueo de los receptores muscarínicos

Este antagonismo es generador de efectos adversos de tipo anticolinérgico (sequedad bucal, constipación, etc.), y desde hace dos décadas se sabe que para los NL existe una relación inversa entre su capacidad de bloquear estos receptores y la de inducir SEP. Pero ahora se han clonado 5 subtipos de receptores m, y se ha visto que la clozapina tiene alta afinidad por los m₁, lo mismo que la olanzapina. El subtipo m₁ es el más abundante en el cerebro. Pero como algunos de los AP atípicos (sertindol, seroquel) no tienen afinidad por los receptores m, es posible que ésta no sea una característica necesaria para la atipicidad. Lo que sí es interesante es que la sialorrea inducida por clozapina podría deberse a un agonismo del subtipo m₅.

Bloqueo α adrenérgico

Hay dos subtipos de estos receptores (α_1 y α_2), y los NL son más potentes para bloquear los α_1 , lo cual puede producir hipotensión ortostática, taquicardia refleja y congestión nasal, y contribuir a la producción de sedación. La mayoría de los AP son débiles bloqueantes α_2 , y es poco probable que la atipicidad de un AP esté relacionada con este bloqueo.

Bloqueo H₁

Se relaciona principalmente con la producción de sedación y el aumento de peso corporal.

Basándose en la afinidad para bloquear los distintos receptores, y de acuerdo a los efectos adversos que estas acciones generan, se puede armar una tabla comparativa (tabla 1).

A continuación, se comentarán los datos farmacológicos más significativos de las drogas mencionadas en esos grupos.

1. Antagonistas dopaminérgicos selectivos

Son principalmente las *benzamidas sustituidas*, que se unen selectivamente a los receptores dopaminérgicos D₂ y probablemente también a los D₃ y D₄. Las benzamidas inhiben sólo a las células dopaminérgicas del área tegmental ventral (área A10) donde se originan las vías mesolímbica y mesocortical, y las neuronas de la sustancia nigra (área A9) se ven menos afectadas. Además, por su alta selectividad sobre los receptores dopaminérgicos están libres de efectos adversos provocados por el bloqueo de otros receptores. Otra característica de este grupo es que a dosis bajas aumentan significativamente la actividad espontánea en animales, lo cual sugiere un efecto sobre síntomas negativos en humanos. Esta característica probablemente se deba a un bloqueo preferencial de los receptores D₂ presinápticos, que se produce a esas dosis.

A. Sulpirida

Es la más antigua del grupo, con eficacia AP comparable a la de los AP clásicos, pero en Europa se la utiliza sobre todo en el tratamiento de las psicosis que cursan preferentemente con síntomas negativos. Provoca efectos adversos (EA) principalmente por bloqueo D₂, es decir SEP (menos intensos que los AP típicos) e hiperprolactinemia. Como es una molécula poco liposoluble que atraviesa con dificultad la barrera hemato-encefálica, la dosis que se debe utilizar es alta, y la vía túberoinfundibular no está protegida por esa barrera.

B. Amisulprida

Es un derivado de la anterior, más liposoluble. También se la utiliza en especial en pacientes con síntomas negativos, en dosis bajas (50 a 150 mg/día), produciendo muy pocos SEP. A dosis más altas (200 a 1000 mg/día) se puede utilizar sobre síntomas positivos, aunque produce más SEP (pero menos que el haloperidol).

C. Antagonistas dopaminérgicos D₁ y mixtos D₁/D₂

El receptor D₁ modula la función del D₂ a través de varios y complejos mecanismos, por lo que se pensó que su bloqueo sería una manera de

lograr un efecto AP con bajos SEP. Hay varios compuestos bloqueantes D₁ selectivos en desarrollo, como el SCH 39166, el SCH 39188 y otros, pero en los ensayos clínicos por ahora sólo se ha observado un leve (o nulo) efecto AP, aunque se ha descrito una mejoría de los síntomas negativos. Se está investigando también la importancia que puede tener el bloqueo combinado D₁/D₂, ya que la clozapina posee esta característica, y se postuló que el sinergismo que existe entre ambos tipos de receptores podría permitir una respuesta AP que se logre por debajo del umbral para los SEP. Pero esto no parece ser así, dado que los tioxantenos también son bloqueantes D₁ y D₂ y no son atípicos.

2. Antagonistas DA/5-HT/NA

Las primeras teorías sobre la esquizofrenia (EF) suponían una alteración en la función serotoninérgica, pero quedaron ampliamente sobrepasadas por la hipótesis dopa-

minérgica del trastorno, que se hizo más fuerte luego de la aparición de la clorpromazina; sin embargo, ahora nuevamente se reconoce la importancia de la 5-HT en el funcionamiento del SNC. Particularmente, el área tegmental ventral (ATV), el cuerpo estriado y la corteza cerebral tienen abundantes receptores serotoninérgicos, que se sabe influyen la neurotransmisión dopaminérgica. Además, varios psicotomiméticos (como el ácido lisérgico) tienen alta afinidad por los receptores 5-HT (siendo agonistas de los mismos), y muchos de los antipsicóticos conocidos tienen capacidad de bloquear estos receptores.

Sin embargo, los bloqueantes 5-HT₁, como la *metisergida*, han sido

ineficaces en el tratamiento de la EF, y por el momento (ver más arriba, en *Bloqueo de los receptores dopaminérgicos y serotoninérgicos*) el foco en la investigación de nuevos AP está puesto en los bloqueantes de los receptores 5-HT_{2A}. Son varios los fármacos en que se asocia el bloqueo 5-HT₂ al D₂. Algunos presentan la misma afinidad por ambos receptores (por ej. la tioridazina), y otros presentan una mayor afinidad por los 5-HT₂ que por los D₂ (por ej. *clozapina*, *risperidona*, y todas las drogas nuevas que se mencionarán a continuación).

A. *Risperidona*

Es un derivado benzisoxazólico que bloquea los receptores 5-HT₂ pero también, con alta afinidad,

Tabla 1
Nuevos antipsicóticos: perfil de unión a receptores, dosis clínicas (entre paréntesis, expresadas en mg/día), y efectos adversos.

AP atípicos	Unión a receptores						Efectos adversos		
	D ₁	D ₂	5-HT ₂	α ₁	m	H ₁	Sedac.	Autonóm.	SEP
Antagon. D₂									
sulpirida (600-1800)	-	+++	-	-	-	-	+	+	++
amisulpr. (200-900)	-	+++	-	-	-	-	+	+	++
Ant. D₂/5-HT₂/α₁									
risperidona (4-12)	-	+++	+++	+++	-	-	++	++	++
ziprasidona (80-160)	+	+++	+++	++	-	-	++	++	++
sertindol (8-24)	-	+	+++	++	-	-	+	++	+
Antagonistas									
Multirreceptores									
clozapina (200-600)	++	++	+++	+++	+++	++	+++	+++	(+)
olanzapina (10-30)	++	++	+++	++	+++	++	+	+(+)	+
seroquel (300-900)	(+)	+	+	+++	-	++	++	++	+

Tomado (modificado) de Gerlach, J.: "Effect of Novel Antipsychotics on Mood: Recent Research and Mechanisms of Action"; XXth Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum Congress.

los D_2 (tiene una afinidad por este receptor similar a la del haloperidol, por lo cual en dosis altas produce SEP), y antagoniza considerablemente los α_1 . También es un bloqueante α_2 , H_1 , 5-HT_{1A} y 5-HT₇.

De los estudios realizados hasta hoy se puede concluir que la risperidona, en dosis de 6 mg/día podría ser igual o más eficaz que 20 mg/día de haloperidol. La dosis a partir de la cual aumenta la probabilidad de producir SEP es de 10 mg/día.

A continuación se mencionarán los principales datos farmacocinéticos de la risperidona:

Después de la administración oral, el pico plasmático se alcanza en 1-2 hs, y la tasa de absorción no se ve influenciada por la ingestión concomitante de alimentos. Las principales vías metabólicas de la risperidona son la hidroxilación y la N-dealquilación; la 9-OH-risperidona tiene un perfil farmacodinámico similar al de la droga madre. Por lo tanto, el efecto antipsicótico está mediado por una combinación de risperidona y 9-OH-risperidona, combinación que se denomina fracción antipsicótica activa, que es la misma para metabolizadores lentos y rápidos. Como la droga madre y el metabolito activo poseen propiedades similares, el grado de metabolismo no tiene importancia terapéutica. El grado de unión a proteínas en el plasma es de $88 \pm 2\%$ para la risperidona, y del $77 \pm 2\%$ para la 9-OH-risperidona. En los metabolizadores rápidos, la vida media (T_{1/2}) es de aproximadamente 3 hs. para la risperidona y de aproximadamente 20 hs. para la 9-OH-risperidona. En los metabolizadores lentos, la T_{1/2} es de aproximadamente 16 hs. para la risperidona. La T_{1/2} de la fracción antipsicótica activa es de 20 a 24 hs., tanto en los metabolizadores rápidos como en los lentos.

B. Ziprasidona

Es una piperazina benzisotiazólica, similar a la risperidona en cuanto a su fijación a receptores, pero tiene un mayor cociente en la relación de afinidad 5-HT₂/D₂, y

bloquea también los receptores α_1 . También tiene cierta afinidad por los 5-HT_{1A/C/D}, 5-HT_{2C}, D₁ y D₃. Una característica de esta droga es que es un agonista 5-HT_{1A}, lo cual podría dar como resultado una mejoría del estado de ánimo (recordar que los agonistas 5-HT_{1A} son ansiolíticos y antidepresivos). La ziprasidona bloquea además la recaptación de DA, NA y 5-HT, lo cual podría contribuir al efecto mejorador del estado de ánimo.

En los estudios clínicos a doble ciego realizados hasta la fecha, con dosis de ziprasidona de hasta 160 mg/día versus placebo y 15 mg/día de haloperidol, se ha visto una acción AP similar a la de esta última droga, y como principales efectos adversos aparecieron sedación, cefalea, agitación, hipotensión ortostática y mareos. La producción de SEP fue similar a la que se observó con placebo.

C. Sertindol

Es un derivado fluorofenilindol, que es también un antagonista combinado D₂/5-HT₂/ α_1 , pero con la particularidad de que produce un bloqueo D₂ atípico, dado que aunque tiene una alta afinidad por esos receptores, ejerce un bloqueo selectivo en el área tegmental ventral (área A10) y no en la substantia nigra (área A9), por lo cual tiene baja probabilidad de inducir SEP y no aumenta la prolactina. Este compuesto también bloquea con alta afinidad los receptores 5-HT_{2C}, con afinidad los D₁, D₃ y D₄, y no tiene afinidad por el receptor H₁.

El sertindol en los ensayos clínicos demostró, en dosis de 20 mg/día, una eficacia similar a la del haloperidol (16 mg/día) sobre los síntomas positivos, y una eficacia mayor que ese compuesto y que el placebo sobre los síntomas negativos.

Los efectos adversos más comunes fueron insomnio, cefalea e hipotensión ortostática, y ocasionalmente se vio congestión nasal y disminución del volumen eyaculatorio (los tres últimos debidos al bloqueo α_1). La disminución del



volumen eyaculatorio, en el 16% de los casos se resolvió con el tratamiento continuado. Los SEP tuvieron igual frecuencia de aparición que con placebo, y no hubo aumento de prolactina.

Se conocen algunos datos de la farmacocinética de esta droga: La absorción es buena por vía gastrointestinal. Tiene el pico plasmático en 10 hs. No interfiere con las comidas ni con antiácidos que tengan Mg o Al. La unión a proteínas plasmáticas es del 99,5% (sobre todo albúmina y α_1 glicoproteína ácida). Atraviesa bien la BHE y tiene una T_{1/2} de 3 días. El metabolismo es hepático, y tiene 2 metabolitos aparentemente inactivos: el dehidrosertindol y el norsertindol. Al repetir las dosis la T_{1/2} va aumentando. Sin embargo, al llegar a la meseta, el *clearance* es dosis independiente y las concentraciones son proporcionales a la dosis. Hay un 10% de pacientes que tienen variabilidad en la farmacocinética debido a un polimorfismo del citocromo P 450 2D₆ (son metabolizadores lentos), y que por lo tanto tienen niveles plasmáticos 2 a 3 veces mayores. Pero la concentración de sertindol no predice el efecto terapéutico en un paciente en particular, entonces hay que buscar la individualización de la dosis por efecto terapéutico y tolerabilidad. Con respecto a la excreción, sólo el 4% se excreta por orina, como droga madre (en menor cantidad) y metabolitos. La principal vía de excreción es la fecal, también de la droga madre y metabolitos.

3. Antagonistas de múltiples receptores

Se incluye en este grupo a los AP

que además de unirse a los receptores dopaminérgicos, serotoninérgicos y adrenérgicos α_1 se unen con alta afinidad a otros más.

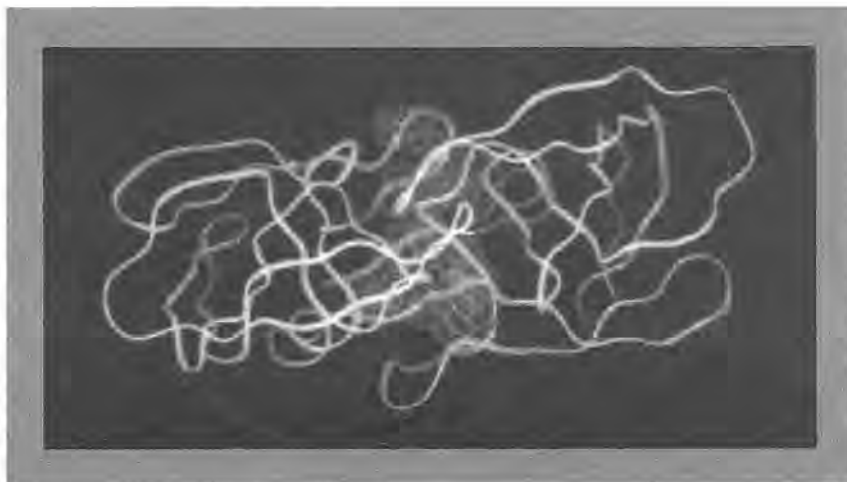
A. Clozapina

Es una dibenzodiazepina, y es la droga patrón de los AP atípicos, debido a su superioridad terapéutica y a su bajo nivel de producción de SEP. Sin embargo, su capacidad de bloquear casi todos los receptores conocidos da lugar a la aparición de numerosos efectos adversos, a lo cual se le debe agregar el inconveniente de la posibilidad de provocar agranulocitosis. El mecanismo de acción de este fármaco incluye la afinidad por los siguientes receptores: bloqueo 5-HT_{2A} (con mayor potencia que D₂), bloqueo (con alta potencia) de los receptores α_1 , H₁, 5-HT_{2C}, 5-HT₆, 5-HT₇ y D₄, y bloqueo (con potencia menor) de los receptores 5-HT_{1A}, 5-HT₃, D₁ y D₂. No tiene alta afinidad por los receptores para glutamato, GABA o sitio σ , pero puede tener un efecto indirecto sobre estas vías neurotransmisoras.

A lo largo de numerosos estudios la clozapina ha demostrado ejercer un efecto AP igual o superior al de los NL tradicionales, provocando mejoría de los síntomas positivos y negativos, así como de la psicopatología general, como ansiedad, depresión y hostilidad. Todo esto redundando en un mejoramiento del funcionamiento social, la capacidad de trabajo, la calidad de vida, y en una disminución del riesgo de suicidio. Aún es motivo de controversia si la clozapina puede mejorar los síntomas negativos primarios y las funciones cognitivas en la EF. Con respecto a los SEP (tanto agudos como crónicos), los produce claramente mucho menos que los NL clásicos, e incluso puede permitir la recuperación de pacientes con diskinesias tardías inducidos por otros AP.

B. Olanzapina

Es una tienobenzodiazepina, estructuralmente similar a la clozapina y con un perfil de unión a receptores también parecido, aunque posee una afinidad ligeramente mayor que esa droga hacia todos ellos, excepto los α_1 . *In vivo* y en concentraciones terapéuticas la olanzapina tiene afinidad por los siguientes receptores: D₁, D₂ y D₄,



5-HT_{2A} y 5-HT_{2C}, α_1 , H₁ y m₁, y no tiene afinidad por los receptores GABA_{A1} BZD ni α_2 (sí en concentraciones menores).

Esta droga tiene mayor afinidad por los receptores 5-HT_{2A} que por los D₂, con una relación de bloqueo 5-HT₂/D₂ similar a la de la clozapina (por PET en voluntarios sanos la relación bloqueo 5-HT₂/D₂ para clozapina es = 1,5 y para olanzapina = 1,4). Pero algunos investigadores opinan que esto ocurre con dosis de olanzapina de 5 a 10 mg/día, pero que en dosis de 20 mg/día su relación entre ocupación 5-HT₂/D₂ sería más similar a la de la risperidona.

En estudios de SPECT en EF se vio que la ocupación de receptores D₂ en el estriado fue menor con olanzapina que con haloperidol o risperidona, y fue comparable a la de clozapina.

Con respecto a los receptores NMDA, se vio que la olanzapina antagoniza las conductas inducidas por los bloqueantes de esos receptores (MK-801, fenciclidina).

En dosis altas la olanzapina puede producir catalepsia (incapacidad para corregir una postura corporal impuesta exógenamente) en animales (lo que equivale a la producción de SEP en humanos), pero la relación entre esa dosis y la que presumiblemente tiene efecto AP (que es la que produce respuesta de evitación condicionada en roedores) es favorable si se la compara con la del haloperidol, pero no tanto como la de la clozapina.

En las investigaciones a doble ciego versus placebo y haloperidol se observó una eficacia igual a la de este último sobre síntomas positivos y superior sobre síntomas negativos, a dosis de 12,5 a 17,5 mg/día. La incidencia de SEP fue similar a la del placebo, pero en las dosis más altas produjo parkinsonismo y acatisia (con menor frecuencia que el haloperidol). También ha mostrado inducir menos depresión (y reducirla) en EF comparada con el haloperidol.

Los efectos adversos más frecuentes fueron somnolencia, agitación, astenia y nerviosismo. No se observaron distonias agudas ni aumento de prolactina. Como ya se ha dicho, con las dosis mayores se observaron casos de parkinsonismo y acatisia. No hubo casos de hematotoxicidad, ni siquiera en pacientes que la habían sufrido con clozapina.

Podemos considerar algunos datos farmacocinéticos de la olanzapina, como ser que su absorción no se ve afectada por las comidas, que presenta el pico plasmático en 5 horas, y que tiene una T_{1/2} de 31 hs. Tiene una débil correlación entre concentración plasmática y respuesta clínica. Sus metabolitos son inactivos, y tiene poca afinidad por los citocromos hepáticos (como el P450).

D. Seroquel

Es una dibenzotiazepina con potente efecto bloqueante α_1 , moderado efecto anti H₁, que produce un débil antagonismo de los recep-

tadores D₂ y 5-HT₂, y un aún más leve bloqueo de los D₁, careciendo de afinidad por los receptores m. Además, con respecto al bloqueo D₂, parece tener selectividad límbica (bloqueo en el área A10 más que en el área A9).

Los ensayos clínicos mostraron resultados variables, con importante variación interindividual en la respuesta, que fue desde la remisión casi completa a la mejoría ligera o nula, lo cual hace que los datos sean aún difíciles de interpretar. Puede ser que produzca un efecto AP comparable al de los fármacos ya existen-

tes, con eficacia también sobre síntomas negativos y con producción de SEP y aumento de la prolactina similares a los que produce el placebo.

Afortunadamente, además de todas las drogas nuevas que se han mencionado, hay en investigación muchas otras, incluyendo algunas que se supone actúan por mecanismos distintos a los mencionados. Cabe mencionar al respecto a los *agonistas del autorreceptor dopaminérgico* y a los *agonistas dopaminérgicos parciales*, como el *preclamol*; a *otros antagonistas DA/5-HT/NA* y de *otros receptores* como la *zo-*

tepina (una dibenzotiepina estructuralmente similar a la clozapina, que bloquea con alta potencia los receptores D₁ y D₂, 5-HT_{2A}, 5-HT_{2C}, 5-HT₆ y 5-HT₇, los α₁, e inhibe la recaptación I de NA); las drogas que actúan sobre el sitio σ (la remoxiprida, un antagonista mixto σ/D₂ fue retirada del mercado por haber producido algunos casos de anemia aplásica), un gran campo de la investigación actual que son las drogas que actúan sobre los sistemas glutamatérgicos (con blanco principalmente en los receptores NMDA); las drogas que actúan sobre la CCK y la neurotensina, y también los fármacos que actúan sobre los sistemas gabaérgicos, como el bretazenil (un agonista parcial de los receptores benzodiazepínicos que ha dado resultados alentadores en un ensayo preliminar) ■

Bibliografía

- Beasley C., Tollefson G., Moore N., and Tye N.: "Olanzapine: the New "Atypical" Antipsychotic Agent"; Abstracts of the XIXth Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum Congress, Washington D.C., June 27-July 1, 1994.
- Boyer P., Lecrubier Y. and Rein W.: "Amisulpride, New Data in the Treatment of Schizophrenia"; Abstracts of the XIXth Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum Congress, Washington D.C., June 27-July 1, 1994.
- Cooper, S. J., Raniwalla, J., and Welch, C.: "Zotepine in Acute Exacerbation of Schizophrenia: A Comparison Versus Chlorpromazine and Placebo"; Abstracts of the XXth Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum Congress, Melbourne, June 23-27 1996.
- Davis K., Davidson M., Kahn R. and Harvey P.: "New Directions in the Dopamine Hypothesis in Schizophrenia"; Abstracts of the XIXth Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum Congress, Washington D.C., June 27-July 1, 1994.
- Fleischhacker, W.: "New Drugs for the treatment of schizophrenic patients"; *Acta Psychiatr. Scand* 1995; 91 (suppl 388): 24-30.
- Gerlach J. y García Ribera, C.: "Antipsicóticos atípicos: de los modelos en animales a los efectos clínicos"; en *Nuevos antipsicóticos atípicos*, Carles García Ribera. Barcelona, Masson, S.A., 1996.
- Gerlach, J.: "Effect of Novel Antipsychotics on Mood: Recent Research and Mechanisms of Action"; XXth Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum Congress, Melbourne, June 23-27 1996.
- Giacardy-Paty, M., Soubrouillard, C., Blin, O.: "Approches psychopharmacologiques des psychoses schizophréniques"; *L'Encéphale*, 1995, Sp III, 3-8.
- Meltzer, H.: "Atypical Antipsychotic Drugs"; *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*, edited by Floyd Bloom and David Kupfer. New York, Raven Press, Ltd., 1995.
- Meltzer, H.: "Differentiating among New Antipsychotic Drugs: the Pharmacology of Ziprasidone and its Impact on Clinical Management", en *Schizophrenia in the 21st Century: Forces for Progress*, XXth Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum Congress, Melbourne, June 23-27 1996.
- Meltzer, H.: *Novel Antipsychotic Drugs*; New York, Raven Press, Ltd., 1992.
- Meltzer, H.: "An Overview of the Mechanism of Action of Clozapine"; *J. Clin. Psychiatry* 1994; 55 (9, suppl B): 47-52.
- Richardson, E.: "Preclinical Pharmacology of Neuroleptics: Focus on New Generation Compounds"; *J. Clin. Psychiatry* 1996; 57 (suppl 11): 4-11.
- Tamminga, C.: "Sertindole: Antipsychotic Efficacy and Side Effects"; XXth Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum Congress, Melbourne, June 23-27 1996.
- Tollefson G.: "Olanzapine: A Novel Antipsychotic with a Broad Spectrum Profile"; Abstracts of the XIXth Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum Congress, Washington D.C., June 27-July 1, 1994.
- Tollefson G.: "The Next Generation of Antipsychotics"; Abstracts of the XIXth Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum Congress, Washington D.C., June 27-July 1, 1994.
- Tugrul, Ereshefsky, Meltzer and others: "Efficacy and Tolerability of Typical Antipsychotic Medication"; *J. Clin. Psychiatry* 56:6; June 1995, p. 270.
- Wetzel H. and Benkert O.: "New Psychotropic Drugs For Acute Treatment of Schizophrenia"; *International Review of Psychiatry*, Vol 1, edited by Costa e Silva and Nadelson; *American Psychiatric Press, Inc.*, 1993.
- Wirshing W., Marder S., Van Putten T., and Ames D.: *Acute Treatment of Schizophrenia*; *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*, edited by Floyd Bloom and David Kupfer. New York, Raven Press, Ltd., 1995.

Plasticidad neuronal y psicofarmacología

La neuroplasticidad es la propiedad del sistema nervioso por la cual sus células y circuitos modifican su conformación estructural y funcional en función de estímulos externos e internos. Estos cambios adaptativos pierden eficacia durante el envejecimiento normal y patológico. La neuroplasticidad está relacionada con los cambios del desarrollo del sistema nervioso, como la formación de los conos dendríticos y los fenómenos de aprendizaje y memoria, en la cual una nueva conducta aprendida configura un nuevo circuito neuronal. Este fenómeno puede ser inducido también por fármacos o por ciertas formas de psicoterapia. La plasticidad neuronal también interviene en las agresiones al sistema nervioso, como la formación de "circuitos compensadores" cuando un gran grupo neuronal es destruido como consecuencia de un tumor cerebral o un accidente cerebrovascular.

La plasticidad neuronal durante el desarrollo es determinante de la eficacia del flujo de información transportado por mecanismos sinápticos y trans-sinápticos de acuerdo al ordenamiento y número de conexiones sinápticas de los circuitos neuronales.

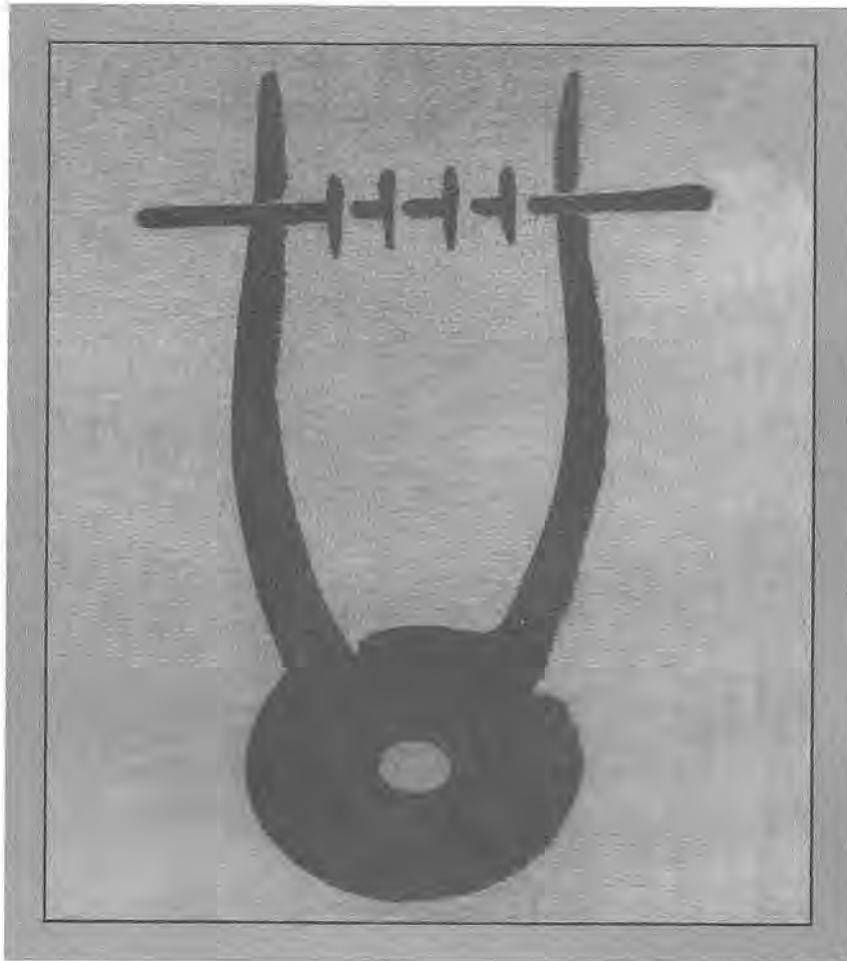
La supervivencia y crecimiento neuronal están determinados por la expresión de proteínas y esteroides que actúan como factores tróficos. Los factores tróficos actúan a través de la vía circulatoria, células gliales y sistema inmunológico. Estos sistemas de neuroplasticidad también son activos en el sistema nervioso del adulto, en el cual factores de inducción o represión genética de proteínas producen cambios específicos. Los factores neu-

rotrofos, neuropéptidos, citoquinas, junto al GABA, NMDA, Acetilcolina y Noradrenalina están implicados en estos procesos de neuromodulación.

Con respecto a las patologías psiquiátricas, existen innumerables publicaciones que demuestran el rol de factores neurotróficos, neuropéptidos y proto-oncogenes como factores moduladores de las alteraciones presentes en los sistemas de neurotransmisión y en las interacciones droga-receptor. La interacción de los ligandos químicos con los receptores presentes en la membrana celular modula la cantidad y calidad de información que llega a la célula, especialmente al núcleo, donde producen alteraciones de la expresión genética de determinadas proteínas esenciales para las vías de transducción del impulso nervioso ("terceros mensajeros"). Por ejemplo, los proto-oncogenes codifican en su ARN mensajero a factores de crecimiento neuronal, receptores de membrana, proteínas quinasas intra y extracelulares, proteínas asociadas al GTP (guanosina trifosfato) y factores de transcripción. El ejemplo más conocido a nivel del sistema nervioso central está dado por los proto-oncogenes *c-fos* y *c-jun* que poseen receptores específicos designados *trk* (del tipo de la tirosina quinasa) e inducen la expresión de segundos mensajeros como el AMP cíclico, Diacilglicerol, Inositoltrifosfato, etc. que producen la activación del sistema enzimático de las Proteínas quinasas (PK) que van a producir fosforilación de sustratos responsables de respuestas celulares tempranas y el estímulo de proteínas reguladoras de la transcripción que producirán las respuestas celulares tardías(5).

Daniel E. Thierer

Médico neurólogo. Docente de la Iera. Cátedra de Farmacología, Fac. de Medicina (UBA).
Paraguay 2155, piso 15. Buenos Aires.
Tel.: 962-9422



Específicamente, los cambios moleculares que inducen a la neuroplasticidad son comunes también para la modificación de la actividad neuronal por parte de fármacos.

Los mecanismos químicos inductores de plasticidad más conocidos son:

1. Activación de la protein-quinasa dependiente del AMP cíclico, la cual bloquea canales de potasio y permite la fosforilación de la proteína neuronal Sinapsina-1 estimulando al complejo Calcio-calmodulina dependiente de la protein-quinasa tipo II(8). La Sinapsina-1, al fosforilarse, aumenta la cantidad de neurotransmisor liberado del terminal sináptico en respuesta a un estímulo alterando su afinidad a las vesículas sinápticas u otras proteínas del citoesqueleto. Por ejemplo, la estimulación de receptores dopaminérgicos D_1 o β -adrenérgicos, a través de la vía

del AMP cíclico, estimula la fosforilación de la sinapsina y la liberación del neurotransmisor. Por el contrario, la activación de receptores α_2 -adrenérgicos y dopaminérgicos D_{2-4} produce inhibición de las vías dependientes del AMP cíclico y del Calcio, y en este caso, la fosforilación de la sinapsina inhibe la liberación del neurotransmisor. Este efecto fisiológico también sería inducido por fármacos agonistas y antagonistas de los mencionados receptores.

2. Los factores neurotróficos también pueden inducir a los mecanismos de transducción celular que intervienen en la neurotransmisión como el factor fibroblástico de crecimiento básico (bFGF), que actúa en los circuitos relacionados con el aprendizaje y memoria del hipocampo(3). Los factores de crecimiento no sólo intervienen en el desarrollo neuronal, sino que también actúan como transportadores

axonales de proteínas y condicionan la formación de estructuras receptoras en las células *target*.

3. Los psicofármacos producen inducción de la expresión de citoquinas como la Interleukina-1 que tiene funciones neurotóxicas, pero también neurotróficas, pues potencian la expresión genética del factor de crecimiento neuronal (NGF) en la microglía, especialmente en los astrocitos(9). Este mecanismo demuestra la interrelación del Sistema Inmunitario con el Sistema Nervioso Central. Los fármacos activos en el sistema nervioso, al tener funciones neuroplásticas, también producen activación de "cascadas" inmunológicas como la activación de citoquinas o alteraciones en la vía del complemento. Las alteraciones inmunológicas de la depresión mayor y su mejoría por acción de psicofármacos, especialmente inhibidores de recaptación de serotonina, son la mejor prueba de esta interacción.

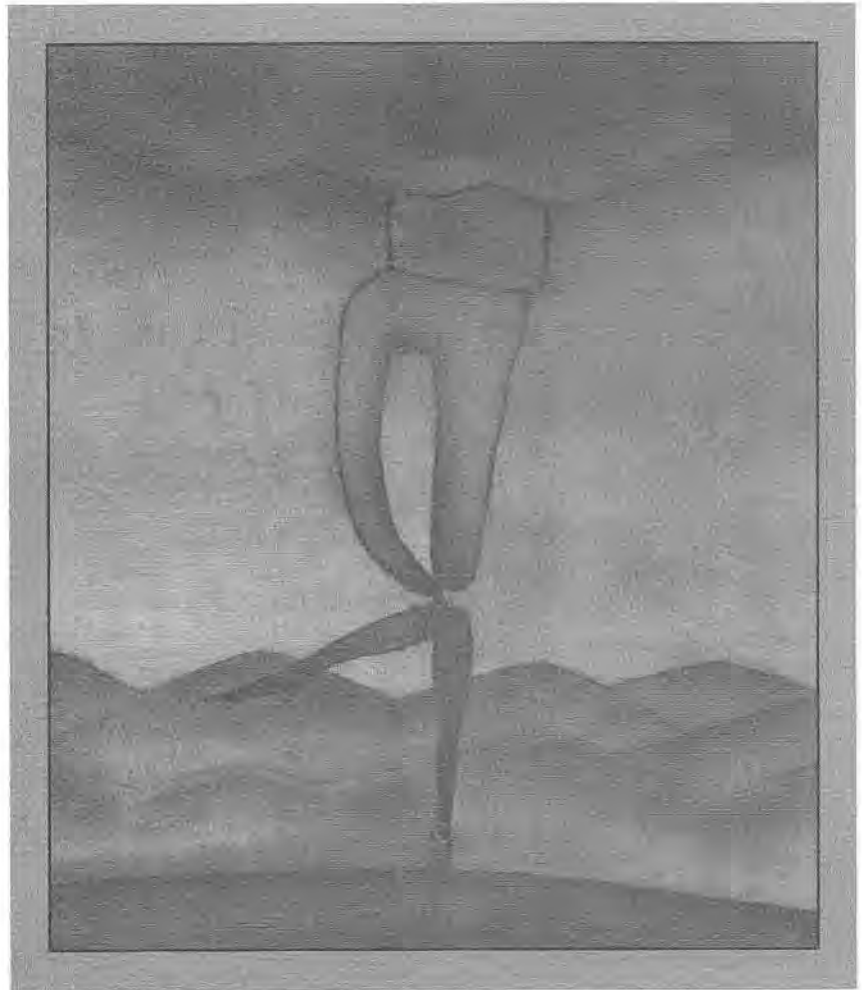
4. La activación de receptores a purinas, como los de adenosina, especialmente los A_1 , estimulan la rápida respuesta de las enzimas antioxidantes endógenas como la superóxido-dismutasa, catalasa y glutatión-peroxidasa a través de receptores acoplados a la protein-quinasa tipo C (PKC)(7). Los neuropeptidos y nucleósidos también cumplen funciones de estímulo o inhibición de la plasticidad neuronal inducida por el uso crónico de psicofármacos.

5. Los neurotransmisores excitatorios, como el L-Glutamato, con sus receptores ionotrópicos y metabotrópicos se encuentran íntimamente relacionados a la expresión y actividad de los factores neurotróficos como moduladores de la neuroplasticidad. Esta interrelación está mediada por la cantidad de Ca^{++} libre intracelular y la liberación de radicales libres del oxígeno que producen la inducción o represión de la expresión de sustancias relacionadas con fenómenos de neuroprotección. La expresión de bFGF modula la homeostasis del calcio intracelular y estimula la acción de enzimas antioxidantes. Esta misma función se produce con la mayor expresión de la proteína precursora del β -amiloide que tendría funciones neurotróficas(4).

Los fármacos antidepressivos constituyen uno de los ejemplos

mejor estudiados de neuroplasticidad inducida por drogas. La regulación de los niveles de catecolaminas está relacionada a cambios crónicos en la fosforilación y expresión de la Tirosina-hidroxilasa (TH). La disminución de niveles de TH en el Locus Coeruleus se acompaña de la *down-regulation* de la proteína-quinasa dependiente del AMPc y de la disminución del rango de disparo (*firing rate*) de las neuronas noradrenérgicas(6). En las sinapsis serotoninérgicas, especialmente a nivel del receptor 5-HT_{1A} en el cerebro anterior, se ha encontrado aumentada la expresión del ARNm del factor neurotrófico S-100β en la microglía astrocitaria. Este factor neurotrófico astrocitario está relacionado con el desarrollo cortical(1).

Estas dos últimas observaciones nos dan la pauta de que con los tratamientos psicofarmacológicos se pueden conseguir modificaciones sinapto-plásticas de aquellos circuitos relacionados con el estado de ánimo. Existe una asociación de acción recíproca entre los sistemas neuronales y gliales en relación a una forma particular de interacción intercelular conocida como transmisión volumétrica. La transmisión volumétrica es una forma de intercomunicación electroquímica a través del fluido extracelular que trabaja a baja velocidad y prolongadas latencias a través de receptores metabotrópicos acoplados al complejo de la proteína-G. Esta transmisión, mayormente peptidérgica, está relacionada a funciones centrales como las respuestas integrativas necesarias para los fenómenos de atención, aprendizaje y me-



moria. La transmisión sináptica y la volumétrica dependen fuertemente de la integridad de los sistemas neurotróficos y metabotrópicos(2). Ambos sistemas se encuentran deteriorados en el envejecimiento cerebral patológico, por lo

que algunos fármacos antidemenciales usados precozmente tendrían una acción estimulante de la neuroplasticidad pudiendo retrasar el deterioro cognitivo de las enfermedades neurodegenerativas como las demencias ■

Bibliografía

1. Azmitia E. C., Whitaker-Azmitia P. M., *J. Clin. Psychopharmacol.* 1991; 52:4-16.
2. Fuxe K., Agnati L. F. (editores), *Advances in Neurosciences*, Raven Press, New York 1991, Vol 1.
3. Gómez Pinilla F., Lee J. W., Cotman C. W., *J. of Neurosciences*, 1992, 12(1):345-355.
4. Mattson M. P., *Persp. Dev. Neurobiol* 1996; 3(2):79-91.
5. Morgan J. I. en Magistretti J. P. (editor), *Discussion in Neuroscience*, FESN, Amsterdam, Elsevier 1991.
6. Nestler E. J., McMahon A., Sabban E. L., et al., *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* 1990; 87:7522-7526.
7. Rankumar V., Zhongzhen N., Rybak L. P., Maggirwar S. B., *Trends Pharmacol. Sci.* 1995;16:283-285.
8. Schuster M. J., Camardo J. S., Siegelbaum S. A., Kander E. R., *Nature* 1985; 313: 392-395.
9. Yoshida K., Gage F. H., *Brain Res.* 1991; 538:118-126.

Mecanismo de acción de drogas psicotrópicas: métodos para su investigación

Silvia Wikinski

Médica Psiquiatra. Investigadora del CONICET. Docente de la 1ra Cátedra de Farmacología de la Fac. de Medicina, UBA. Junín 956. 5° piso. Tel.: 961-6784/5949

A diferencia de otros órganos y sistemas, el Sistema Nervioso Central ha permanecido hasta hace relativamente pocos años inescrutado para el neurofarmacólogo ya que no se contaba con técnicas que permitieran estudiar dinámicamente las modificaciones inducidas por la administración de drogas psicotrópicas.

Siguiendo un orden cronológico, al desarrollo de métodos analíticos—que permitieron cuantificar los contenidos de neurotransmisores, sus metabolitos o la actividad de las enzimas de síntesis o degradación—siguieron la electrofisiología y los métodos de recolección de muestras que permiten estudiar al Sistema Nervioso Central en animales enteros y despiertos, como la microdiálisis y la voltametría. Más recientemente, la biología molecular ha proporcionado nuevas e interesantes herramientas para la investigación de los fenómenos celulares que subyacen al efecto de los psicofármacos. Estas mismas metodologías pueden ser—y de hecho son—aplicadas al estudio de los efectos neuroquímicos o eléctricos de diversos estímulos ambientales, proveyendo así conocimientos sobre la participación del medio ambiente en los cambios plásticos que ocurren en el cerebro de mamíferos no humanos. La metodología aquí descrita no es, desde luego, aplicable a ensayos con seres humanos, pero la información que proporciona, cuando es utilizada en mamíferos, puede brindar conocimientos que abonen las teorías acerca del mecanismo de acción y los efectos bioquímicos de las drogas psicoactivas.

Métodos bioquímicos para la cuantificación de neurotransmisores y sus metabolitos

Este tipo de estudios proporcionó las primeras aproximaciones al conocimiento del efecto bioquímico de los neurofármacos. Permite evaluar la acción de drogas sobre el contenido de neurotransmisores o sus metabolitos en áreas pequeñas del sistema nervioso. Con el refinamiento de las técnicas analíticas se obtuvo un aumento considerable en la sensibilidad para detectar pequeñas cantidades de estos compuestos y por ende la posibilidad de investigar áreas muy reducidas. La cromatografía líquida de alta presión, por ejemplo, permite detectar picomoles de monoaminas en áreas tan pequeñas como el núcleo caudado, o una porción del hipocampo de rata que pesan apenas unos miligramos.

Clásicamente un trabajo que utiliza esta metodología sigue la siguiente secuencia:

1. tratamiento agudo o crónico de un grupo de animales con el psicofármaco en estudio y, por supuesto, de otro grupo con vehículo;
2. sacrificio de los animales y disección de las áreas de interés del Sistema Nervioso;
3. cuantificación del neurotransmisor y/o de sus metabolitos en el área disecada utilizando técnicas de cromatografía líquida de alta presión, gaseosa, etc.

Este abordaje, si bien proporcionó valiosos conocimientos en sus inicios, tiene varias desventajas que conviene mencionar. En primer lugar se trata de estudios *post-mortem* en los que las condiciones de equilibrio deben ser minuciosamente evaluadas. Algunos siste-

mas de neurotransmisores, como el GABAérgico, sufren modificaciones importantes después de la muerte. Ello obliga al investigador a realizar procedimientos que permitan acotar estos cambios, ya que de otro modo los resultados obtenidos podrían reflejar el efecto que el fármaco

tiene sobre estos cambios *post-mortem* más que el que tiene sobre el cerebro vivo.

Cuando junto con el neurotransmisor se practica la cuantificación de sus metabolitos se puede agregar información interesante acerca de cuánta sería la actividad de las neuronas correspondientes en el área disecada, ya que un aumento en la concentración del metabolito sugiere también un aumento en la liberación del neurotransmisor, y por lo tanto un aumento de la actividad neuronal. Con estudios complementarios que midan la actividad de las enzimas de síntesis o degradación en las áreas estudiadas se puede tener un panorama aún más completo.

Los mismos métodos de cuantificación pueden aplicarse a rebanadas de tejido puestas a incubar en un medio que, junto con elementos nutricios y de soporte electrolítico, contenga el fármaco en estudio. Estos ensayos *in vitro* son complementarios de los *post-mortem*, ya que se miden las modificaciones en tiempo real (mientras están ocurriendo) aunque por otro lado los tejidos estudiados están desprovistos de todas las aferencias y eferencias regulatorias.

Métodos dinámicos *in vivo*

Cánula *push-pull*

Este método, desarrollado inicialmente en 1960, consiste en implantar en el cerebro de un animal vivo, un sistema de dos cánulas, una por la que se perfunde una so-



lución, y otra que recoge muestras del fluido extracelular. Las cánulas (de 200 μ m) pueden insertarse en áreas pequeñas del sistema nervioso y recoger muestras del líquido extracelular en animales vivos e incluso despiertos y en actividad. La principal desventaja de este método surge de las modificaciones tisulares que producen tanto la cánula como la solución perfundida.

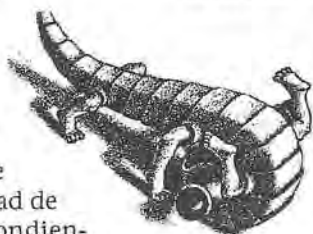
Microdiálisis

Años después del desarrollo de la cánula de *push-pull* se propuso aplicar a ésta la técnica de diálisis. La diálisis consiste en interponer entre el líquido de perfusión y el fluido extracelular, una

membrana permeable a moléculas relativamente pequeñas, como lo son los neurotransmisores, sus metabolitos, etc. El pasaje de moléculas a través de la membrana sigue un gradiente de concentración y la membrana previene el contacto directo de la solución de perfusión con el fluido extracelular. Evita además el pasaje de moléculas grandes, como por ejemplo enzimas, que podrían degradar los neurotransmisores del dializado una vez tomada la muestra.

Este método permite, con un menor daño tisular que el provocado por la cánula de *push-pull*, evaluar la respuesta neuroquímica a distintos fármacos en áreas pequeñas del sistema nervioso. También es de gran utilidad para conocer los procesos neuroquímicos que acompañan a algunas conductas o procesos fisiológicos, como el aprendizaje, el sueño, la alimentación, etc.

La muestra de dializado obtenida debe ser luego sometida a métodos analíticos con suficiente sensibilidad



como para detectar pequeñas cantidades de sustancias a cuantificar. Una de las principales limitaciones del método de microdiálisis consiste en que para que la muestra contenga cantidades detectables de neurotransmisores debe ser recogida durante varios minutos, por lo que no resulta útil para evaluar modificaciones del funcionamiento cerebral rápidas y de corta duración.

Voltametría

La voltametría, desarrollada en los años '70, permite detectar compuestos oxidables mediante un electrodo que es introducido en el tejido cerebral. Entre el electrodo implantado y uno externo se aplica un potencial eléctrico controlado. Como consecuencia del mismo las sustancias presentes en el líquido extracelular se oxidan y la señal resultante es detectada, obteniéndose una lectura de la cantidad de material electroactivo presente.

La gran ventaja de la voltametría, en relación a la microdiálisis y a la cánula de *push-pull*, consiste en que el electrodo tiene un diámetro considerablemente menor al de las cánulas, que mide cambios en períodos mucho más breves (100 milisegundos) y que no es necesario per-



fundir el tejido, evitándose así los cambios que induce la solución de perfusión.

Sus limitaciones consisten en que no se pueden detectar sustancias no oxidables, y que compuestos que se oxidan en potenciales cercanos pueden confundirse entre sí y dar una única señal (por ejemplo las catecolaminas, el DOPAC y el ácido ascórbico comparten el potencial de oxidación).

Métodos que evalúan la actividad eléctrica

Patch-clamp

Diversos psicofármacos tienen acción sobre receptores acoplados a canales iónicos. Los métodos que evalúan la conductancia de dichos canales aportan información valiosa acerca de dicha acción. Estos métodos son practicables en cultivos neuronales o en neuronas aisladas y tienen, por lo tanto, la limitación de que sus resultados no son extrapolables a la acción de los compuestos sobre sistemas de neuronas *in situ*. El más difundido de estos métodos es el de *patch-clamp* (*patch*= parche; *clamp*= abrazadera o tornillo de ajuste). Consiste básicamente en aislar, mediante succión con una micropipeta, una pequeña porción de membrana celular y estudiar los cambios eléctricos que inducen distintas condiciones en los canales iónicos presentes en este parche. La micropipeta funciona a la vez como aislante de la membrana y sitio en el que se hacen las mediciones.

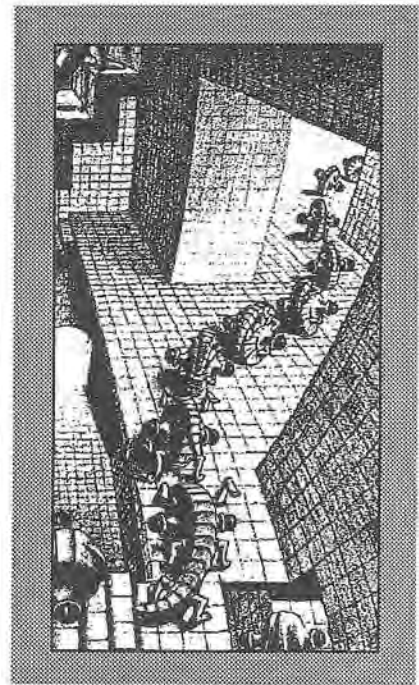
Métodos electrofisiológicos *in vivo*

Se han desarrollado diversos métodos que permiten medir la actividad de una única neurona con el cerebro intacto y el animal vivo. Muy sintéticamente, estos métodos consisten en implantar, en un animal

anestesiado, un electrodo que penetra en una neurona de una estructura determinada siguiendo para ello las coordenadas de un atlas para estereotaxia. Luego se puede registrar la actividad de dicha neurona en respuesta a la administración sistémica o local de sustancias o a ciertos estímulos ambientales. Esta técnica ha sido perfeccionada y enriquecida, dando lugar a múltiples métodos relacionados, que, por razones de espacio, no desarrollaremos. Entre otros, estos métodos son la activación antidrómica, el registro de estimulación, la aplicación de sustancias por iontoforesis, el desacople sináptico y el estudio en animales vivos y despiertos para evaluar la correlación entre ciertas conductas y la descarga eléctrica de neuronas en áreas específicas del sistema nervioso central.

Aportes de la biología molecular a la neurofarmacología

La producción de enzimas que sintetizan neurotransmisores, de receptores para éstos y de muchas moléculas que sirven al funcionamiento y a la comunicación interneuronal está bajo control genético y éste a su vez se puede ver modificado por factores farmacológicos o ambientales. La biología molecular ha desarrollado métodos que permiten, entre muchas otras cosas, conocer el efecto de estos factores sobre la producción de ARN mensajero para la



síntesis de una proteína determinada. Como esta proteína puede ser una enzima de síntesis de un neurotransmisor, un receptor, una enzima de degradación, factores de crecimiento, segundos mensajeros, etc., estas técnicas proveen un conocimiento muy valioso sobre los mecanismos de plasticidad cerebral a corto y largo plazo. La combinación de estas técnicas con otras, histológicas e inmunológicas, llevaron al desarrollo de anticuerpos contra ARN mensajeros específicos. Al exponer cortes cerebrales a estos anticuerpos no sólo se puede medir la activación de la síntesis de una determinada proteína sino "ver" en qué estructura del sistema nervioso tiene lugar esta activación.

Los trabajos que usan esta metodología pueden realizarse en neuronas en cultivo o en cerebros *post-mortem* y comparten, en este sentido, las limitaciones ya enunciadas ■

Bibliografía

Aston-Jones, G. y Siggins, G. R., Electrophysiology. En: *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*. Bloom and Kupfer (eds.) Raven Press, New York, 1995, Págs. 41-62.

Barondes, S., Basic concepts and techniques of molecular genetics.

En: *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*. Bloom and Kupfer (eds.) Raven Press, New York 1995, Págs. 9-12.

Finlay, J. y Zigmond, M. J., A critical analysis of neurochemical methods for monitoring transmitter dynamics in the brain. En: *Psychopharmacology: The*

Fourth Generation of Progress. Bloom and Kupfer (eds.) Raven Press, New York 1995, Págs. 29-40.

Watson, S. y Cullinan, W., Cytology and circuitry. En: *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*. Bloom and Kupfer (eds.) Raven Press, New York, 1995, Págs. 13-27.

Neurociencias, psicofarmacología y psiquiatría: cambios cualitativos

Entrevista a Luis María Zieher

por Gabriela Silvia Jufe y
Fabián Triskier

Participante del equipo que descubrió la compartimentalización de la acetilcolina en vesículas sinápticas junto al Prof. E. De Robertis y primer investigador que demostró la presencia de serotonina en terminaciones nerviosas del S. N. C., a principios de los '60, Luis María Zieher no ha cesado en su tarea de docencia, siendo actualmente Profesor titular de la Primera Cátedra de Farmacología de la Facultad de medicina de la U.B.A. y Director de la Carrera de Médico Especialista en Farmacología.

A esa prolífica labor suma la de Investigador Principal del CONICET, Miembro Titular del Consejo Asesor Permanente de la ANMAT y Presidente del Comité Independiente de Ética para ensayos en Farmacología Clínica. Miembro del Comité Científico de Vertex desde sus comienzos, su perspectiva intelectual como investigador y pensador de las neurociencias nos ha orientado e informado con una solidez y una seriedad singulares en nuestro medio.

Vertex: *¿Cuáles cree usted que han sido los hallazgos y las tendencias más importantes en el campo de la psicofarmacología en estos últimos cinco años?*

Luis María Zieher: El tema pasa, esencialmente, por un cambio cualitativo en la manera como se sintetizan y diseñan los nuevos medicamentos. De la obtención a través de la casualidad o de la relación entre estructura clínica y acción farmacológica sobre la cual se "diseñaban" antiguamente los medicamentos, se ha pasado a la síntesis selectiva. Se define un *target* molecular, una sustancia propia del organismo en el cual el medicamento va a actuar; por ejemplo el transportador de serotonina que recapta la serotonina y la introduce en el terminal nervioso o el receptor dopaminérgico II, en el caso de los antipsicóticos, o también para el caso de los antipsicóticos el receptor 5-HT₂. Entonces se diseñan los fármacos sobre la base de blancos moleculares definidos. De una síntesis que se obtenía por casualidad, por serendipia, como dicen los americanos, se pasa a la síntesis selectiva, es decir a la síntesis dirigida hacia blancos moleculares fijos. Eso trae medicamentos que son más selectivos en su mecanismo de acción, tienen mecanismos de acción unitarios o a veces duales, como es el caso de algunos antidepresivos y antipsicóticos, en contra de los 7, 8 ó 9 mecanismos de acción que tenían los psicofármacos de antigua generación. ¿Cómo se traduce eso desde el punto de vista clínico? En eficacia con menor riesgo de efectos adversos y ahí hay que puntualizar al-

go muy importante: no es más eficacia con menos efectos adversos, es igual eficacia o similar eficacia a los medicamentos de antigua generación con menos efectos adversos y menos potencial de riesgo. ¿Qué queremos decir con esto? Que la eficacia de los tricíclicos clásicos no ha sido superada con la mayor parte de los antidepresivos duales modernos, sino que se ha igualado. Lo que se consigue es menor cantidad y calidad de efectos adversos inconvenientes para el paciente; todo ello redundando en un mejor coeficiente beneficio-riesgo.

Vertex: En función de esto que usted nos comenta, tenemos la percepción de que se ha pasado de una manera de pensar los mecanismos de acción de la psicofarmacología desde el punto de vista de la interacción droga-neurotransmisor-receptor, a tomar en cuenta una serie de mecanismos intracelulares que por lo menos para la mayoría de los de nuestra generación eran casi desconocidos o recientemente introducidos en nuestra formación y nos parece que esto está teniendo cada vez más importancia en el diseño. ¿Qué puede decirnos de eso?

Zieher: Bueno, el tema es así. Si el avance ha sido relativamente menor en el tema de cuáles son los mecanismos iniciales de acción de fármacos, piénsese que en última instancia los mecanismos de captación neuronal se conocen desde hace mucho tiempo y los mecanismos de bloqueo de los receptores dopaminérgicos o serotoninérgicos también. En lo que se ha avanzado profundamente es en el conocimiento de los mecanismos adaptativos. En los cambios, que generados a partir del efecto inicial del fármaco, se producen adaptativamente involucrando mecanismos genómicos, es decir síntesis de proteínas selectivas que se van a traducir finalmente, o se van a correlacionar temporalmente en el efecto clínico, sea antidepresivo o antipsicótico. Eso para los fármacos que tienen que ver con cambios adaptativos, como en el caso de la depresión, los antidepresivos, o en el caso de la esquizofrenia, o en los antipsicóticos. En cuanto a los mecanismos de acción de los fármacos de acción, llamémosle rápida, como es el caso de los ansiolíticos, se conoce mucho más en profundidad la biología molecular de los sitios receptores a los ligandos ansiolíticos y ansiogénicos. Esto último permite una disección más fina y el desarrollo, por ejemplo, de agonistas parciales modernos que tienen menos efecto de tolerancia y menos potencial de abuso que las antiguas benzodiazepinas.

Vertex: En cuanto a los mecanismos adaptativos concretamente, ¿nos podría ampliar más en qué se basan?

Zieher: El conocimiento se basa esencialmente en la dilucidación de cómo los receptores de membrana que reciben la acción de los neurotransmisores —que pueden estar modulados por la acción de psicofármacos, sean antagonistas o agonistas de receptores, agonistas o blo-

queantes de la captación neuronal— cómo, esos sitios receptores de membrana, transducen las señales neurales al genoma. Implica el conocimiento de todo ese eslabón, que va desde el aumento o disminución de los segundos mensajeros, hasta la expresión genómica y la síntesis o inhibición de la síntesis de proteínas especiales que son en última instancia las generadoras de los cambios adaptativos. Es importante recordar que si los cambios adaptativos que se generan como consecuencia de la acción de los fármacos y se traducen en efectos benéficos, se sostienen en el tiempo, de algún modo el paciente deja de necesitar el medicamento o lo necesita en menor proporción, lo cual permite lo que serían correcciones a largo plazo de los trastornos psicopatológicos generadores de las grandes patologías mentales, como la depresión mayor y la psicosis.

Vertex: ¿Usted nos está diciendo que quizás podría pensarse que estos cambios adaptativos se sostuvieran más allá de la retirada del fármaco?

Zieher: Exacto. Si eso ocurre, es la situación más benéfica para el paciente. Si eso no ocurre el paciente requiere una administración más prolongada. El éxito del tratamiento terapéutico no es tan completo. Piénsese también que las drogas de abuso crean cambios adaptativos. Si el paciente que deja de ingerir la droga de abuso mantiene el cambio adaptativo, lamentablemente va a tener que seguir tomándola. Sería un caso completamente inverso al que sucede con los psicofármacos. Si el paciente que abusaba de un fármaco deja de consumirlo y el cambio adaptativo desaparece, ese individuo se cura de la adicción.

Vertex: ¿Hoy por hoy podríamos hablar de cambios adaptativos, inducidos por psicofármacos, que se sostengan en el tiempo?

Zieher: Esa es la pregunta del millón.

Vertex: ¿Cuánto tiempo indicamos un psicofármaco? En general nos manejamos por consenso...

Zieher: Hay cambios adaptativos en animales generados por psicofármacos que se mantienen claramente hasta tres meses después de suspendida la administración del fármaco y que en algunos casos duran o perduran más allá del año. No sé si la situación es equivalente entre lo que pasa en los modelos animales, que son los únicos en los cuales se pueden estudiar biológicamente los cambios producidos, y lo que pasa en el ser humano, donde la influencia de los factores socioculturales evidentemente modifica esa relación. Pienso que en una terapéutica farmacológica exitosa, cuando se combina con una psicoterapia adecuada que tiende a mejorar las condiciones por las cuales se generó la patología, uno puede revertir esa situación. Mejorar la adaptación al medio sociocultural a través de procedimientos de psicoterapias interpersonales, posiblemente potencia la duración de acción del fármaco. El factor patogénico si es adecuadamente procesado, tiende a mejorar la capacidad de respuesta del medicamento y su prolongación en el tiempo cuando uno suspende la medicación. Eso es muy difícil de evaluar en ensayos clínicos. No es fácil de hacer un ensayo clínico que diga cómo se sostienen los beneficios de esa terapéutica farmacológica en el tiempo, cuando uno suspende o reduce la medicación, tomando en

cuenta el punto de vista sociocultural, es decir los factores ambientales que son capaces de generar cambios patogénicos en el sistema nervioso central.

Ese es posiblemente el gran desafío, es decir, la necesidad de enfocar las terapias farmacológicas en combinación con psicoterapias interpersonales bien llevadas, seriamente pensadas y con la adecuada contención familiar que a veces no es fácil conseguir sobre todo en las patologías psicóticas.

Vertex: *Volviendo a las modificaciones intracelulares, ¿usted piensa que estamos en condiciones de actuar directamente sobre los segundos mensajeros o los factores de transcripción, sin estar mediados por la acción de los receptores? ¿Estamos en condiciones de pensar en eso?*

Zieher: Hay medicamentos que tienden a hacer pensar que nos estamos acercando a algo de eso. Por ejemplo, el Tianeptino o tianeptina, un nuevo antidepresivo que es un estimulante de captación de serotonina, mecanismo heterodoxo si pensamos en los tradicionales antidepresivos, produce cambios adaptativos que aparentemente se vinculan claramente con el mejoramiento del cuadro depresivo y se acompañan de un mejoramiento de las propiedades cognitivas del paciente. Se ha demostrado que los antidepresivos tricíclicos clásicos en cultivo de tejido, son capaces de producir una *up-regulation*, es decir un aumento de la densidad de receptores a glucocorticoides. Esto ocurre en cultivos de fibroblastos, es decir en células que no tienen catecolaminas ni serotonina ni receptores, a los neurotransmisores, sino que es un efecto genómico, directamente mediado por los antidepresivos. Estos cambios genómicos evidentemente ocurren en el ser humano. El aumento de receptores a glucocorticoides, permite retomar la normalidad del eje hipotálamo-pituitario-adrenal alterado en el cuadro depresivo y eso, evidentemente tiene que tener –porque lo tiene en los animales– efectos conductuales. Quiere decir que la acción sobre mecanismos genómicos de muchos fármacos tiene que ver con la respuesta clínica. Hay que salir un poco de las hipótesis aminérgicas o serotoninérgicas, es decir de aquellas que tradicionalmente se mencionaron o se discutieron en relación al mecanismo de acción porque evidentemente hay otros tipos de efectos que van más allá del propio mecanismo sobre los neurotransmisores. El otro gran tema que también se vincula con eso es la acción de los antidepresivos sobre factores de crecimiento, es decir, sobre citoquinas, neurotrofinas, que evidentemente, a nivel del hipocampo, afectan de manera importante las capacidades de respuesta de la persona ante distintas situaciones.



Prof. Luis María Zieher

Ese cambio en la expresión del factor de crecimiento derivado del cerebro, se traduce en eventos conductuales.

Vertex: *¿Usted cree que estamos cerca de pensar terapéuticas de ciertas patologías mediante la administración directa de factores de crecimiento o factores trópicos?*

Zieher: Hay algunos diseños experimentales donde la administración del factor de crecimiento mejora ciertas situaciones conductuales equivalentes, llamémosle así, a los cuadros depresivos. La posibilidad de administrar factor de crecimiento está limitada por el hecho de que son moléculas de alto peso molecular cuyo acceso al sistema nervioso central es limitado. Sin embargo, hoy se conocen algunas ventanas por las cuales medicamentos que no atraviesan la barrera hematoencefálica pudieran generar efectos sobre el sistema nervioso central. Por ejemplo, las interleuquinas circulantes son capaces de modificar el funcionamiento del sistema nervioso a través de la liberación de óxido nítrico en los capilares del sistema nervioso central. El óxido nítrico, una molécula altamente difusible, es un radical libre que atraviesa con toda facilidad

las membranas, accede al sistema nervioso central y produce cambios; por consiguiente, hay una manera de que los ligandos peptídicos o proteicos que circulan por la circulación sistémica pueden acceder al sistema nervioso central en zonas donde hay barrera. Desde ya que esos mismos ligandos pueden acceder al sistema nervioso central en los órganos circunventriculares, es decir en los sectores del sistema nervioso central que carecen de barrera hematoencefálica.

Vertex: *¿Estamos en condiciones de imaginar niveles de selectividad en otras terapéuticas?*

Zieher: Sí. En general en farmacología hay dos grandes tendencias. Por un lado las tendencias a usar ligandos proteicos o peptídicos que implican todo el avance de la biología molecular vinculada a proteínas y mensajeros peptidérgicos que son muy selectivos. Piénsese que una proteína como la insulina, de 40000 de peso molecular, con sólo cambiarle un aminoácido tiene propiedades distintas a la proteína nativa. Entonces, la cantidad de

efectos selectivos que se pueden conseguir a través del ligando de tipo peptídico es mucho mayor que la que se puede conseguir a través de moléculas de bajo peso molecular, como es el caso de la mayor parte de los psicofármacos que estamos utilizando. Sin embargo, los mensajeros de comunicación –si bien hay mensajeros peptidérgicos– son los mensajeros de comunicación que mantienen el funcionamiento rápido del sistema nervioso central, son moléculas pequeñas, de las cuales depende el funcionamiento propio. Moléculas un poco más grandes son las que generan efectos metabólicos como los neuromoduladores. En verdad, las monoaminas y los péptidos son neuromodulares de la función transmisora, rápida, que está mediada por aminoácidos del tipo del GABA, inhibitorios, o del glutamato, excitatorio. De algún modo, nosotros con los psicofármacos, que no son moléculas de estructura peptídica, proteica, actuamos sobre los mecanismos más rápidos de transmisión. La posibilidad de conseguir efectos más selectivos, como los que se manejan en el sistema inmune es diferente. Ahora, lo que es importante es la vinculación entre el sistema nervioso y el sistema inmune. Los ligandos de comunicación (citoquinas, linfoquinas, quimioquinas) tienen efectos centrales, y los mensajeros centrales (catecolaminas, GABA, glutamato etc.) tienen efectos sobre el sistema inmune; la vinculación de los dos sistemas es fundamental para entender el funcionamiento normal del sistema nervioso central. Así, por ejemplo, se da en el caso de que agonistas dopaminérgicos, como la bromocriptina, se utilizan para tratamiento del lupus eritematoso agudo diseminado, que es una clara enfermedad inmunológica. Ese tipo de vínculo entre el sistema nervioso y el sistema inmune, muestra que lo que parecía no pertenecer al sistema nervioso central pertenece, y lo que pertenece al sistema nervioso central, que creíamos que pertenecía exclusivamente al sistema nervioso central, también tiene que ver con la respuesta inmune.

Vertex: Quizás la metáfora de los anticuerpos monoclonales tenía que ver con algunos hallazgos, que todavía son altamente especulativos, por ejemplo, respecto de las diferencias cualitativas de la clozapina en el tratamiento de la esquizofrenia, y sí tendrían que ver con la posibilidad selectiva de desregular ciertos genes a nivel prefrontal a diferencia de los otros antipsicóticos que no lo producirían.

Zieher: El cambio de la expresión genómica, mediado por psicofármacos es un tema fundamental. Uno podría pensar que, si bien es muy difícil corregir daños o alteraciones estructurales generadas en épocas precoces del desarrollo, los cambios plásticos que son capaces de ser generados en condiciones fisiológicas normales, como es en el aprendizaje, también pueden producirse en patologías mentales. Tenemos derecho a pensar que si un esquizofrénico, está "mal cableado", como dice Weinberger, porque se ha producido

una alteración prenatal en el desarrollo de las estructuras corticales, puede de alguna manera presentar cambios plásticos que pudieran, no sé si "recablear", pero por lo menos formar circuitos adaptativos que permitan en última instancia la corrección por lo menos de algunos aspectos de su patología. Tenemos que ser optimistas, porque si uno piensa que son los cambios plásticos los que generan las situaciones de aprendizaje, ¿por qué no podemos generar un cambio plástico que corrija una patología? Eso es lo que se está viendo últimamente. No hay ninguna razón para suponer que la patología mental, por más sustrato biológico que tenga, sea inamovible, inconmovible, y que no podemos actuar sobre la misma. Piénsese que eso también está pasando ahora con el daño neuronal, es decir que a medida que se descubren, por ejemplo, los mecanismos celulares que median los daños por isquemia, es posible corregirlos de manera impresionante. El daño por isquemia prácticamente se puede reducir a cero con ciertas combinaciones y quién hubiera pensado hace diez años que uno podría revertir o prevenir los daños generados por una cosa tan orgánica, tan consistente como es la oclusión de un vaso.

Vertex: Con respeto a los antidepresivos, ¿Qué hay de nuevo, realmente de nuevo, en los nuevos antidepresivos? ¿Necesitamos tantas moléculas como las que hay realmente en el mercado?

Zieher: Yo no sé si hay tantas moléculas, lo que hay son nuevos medicamentos. Piénsese por ejemplo en la cantidad de moléculas que se utilizan en el tratamiento de la hipertensión arterial, también hay muchas y la hipertensión arterial hoy en día es una enfermedad muy manejable. No hay por qué pensar que tener un armamento terapéutico surtido significa necesariamente generar daño.

Lo que sí corresponde es el manejo racional del recurso terapéutico. Las combinaciones de psicofármacos que se usan irracionalmente se traducen en daños muchas veces irreversibles o irreparables del paciente. Hay pacientes polimedicados durante largo tiempo, que han recibido combinaciones absurdas y que finalmente cuando llegan, llamémosle así, "incinerados" al médico, lo único que se les puede hacer es retirarles toda la medicación y así mejoran. Ese es el ejemplo más típico del uso irracional del fármaco. Yo pienso que los antidepresivos nuevos combinan muchas ventajas. Por ejemplo los duales tienen la gran ventaja de tener los dos mecanismos de acción típicos de los grandes tricíclicos sin tener los efectos antihistamínicos, anticolinérgicos, bloqueantes alfa o bloqueantes alfa 1, alfa 2, tipo venlafaxina, tipo mirtazapina. Estas drogas, que actúan por mecanismos duales han revivido los viejos tricíclicos en sus mecanismos duales de acción y de esa manera permiten trabajar en bajas dosis como si fueran inhibidores selectivos de recaptación de serotonina, y en dosis más altas como si fueran drogas de acción mixta; entonces, esas son ventajas consistentes en la medicación. Yo discutía con Gabriela y con algunos de nuestros integrantes del grupo de psicofármacos, si en una depresión mayor hoy en día, está realmente indicado un tricíclico como primera opción habiendo antidepresivos duales. Y esto es muy moderno, es decir esto no tiene más de dos años.

Vertex: ¿Cómo se pueden explicar los fenómenos de latencia que se evidencian en las respuestas al administrar antidepresivos y antipsicóticos?

Zieher: Pienso que hay algo biológico, que es el hecho de que, tanto la psicosis como la depresión, son patologías que se han ido generando a través de largos períodos de cambios reactivos. Me refiero a cambios reaccionales ante situaciones endógenas, que vengan de lo genético, o exógenas, que vengan del medio sociocultural, que se traducen en cambios adaptativos.

Necesariamente la acción de los fármacos se ejerce sobre esa reacción. Todos sabemos que los antidepresivos en las personas normales no tienen ninguna acción. Por eso, pensar que uno va a poder dar un antidepresivo y tener respuesta al día siguiente, es más que utópico. El cambio reaccional que genera el antidepresivo o el antipsicótico tiene que tener un curso temporal, digamos, razonable, como para involucrar un cambio genómico. Los cambios genómicos ocurren habitualmente en períodos de quince días, no antes.

Lo que sí se puede es, de alguna manera, imitar con algún uso de fármacos coadyuvantes, los cambios reaccionales finales. Por ejemplo, si los receptores 5HT_{1A} tienen que ser regulados por los inhibidores selectivos de la captación de serotonina para generar el cambio reaccional, y eso involucra quince días, ese mismo efecto se consigue dando pindolol la primer semana del tratamiento para bloquear los receptores que existen. Uno

con pindolol, lo que hace es imitar el cambio reactivo que va a obtenerse quince días después, por eso hay que darlo la primer semana. Si el pindolol se sigue administrando, el cambio reactivo no se produce, porque el cambio reactivo es una *down-regulation* y el pindolol por sí solo produciría una *up-regulation* porque es un bloqueante del receptor. Entonces hay que darlo en la primer semana y de esa manera uno acorta el período de latencia de la respuesta antidepresiva para los IRSS. Pero ese es un juego, no va al fondo de la cuestión...

El fondo de la cuestión es el cambio biológico. La patología fue generada por un cambio biológico. La respuesta terapéutica también tiene que ser generada por un cambio biológico y esos cambios biológicos son genómicos, es decir, implican mecanismos de

plasticidad neuronal cuyo curso temporal es relativamente prolongado. Por ejemplo, no se puede aprender un idioma en un día, para que se aprenda un idioma uno necesita un período de aprendizaje. Uno lo puede hacer acelerado o no, de acuerdo a su capacidad mental, pero el cambio plástico que genera un circuito que hace que nosotros procesemos un idioma no puede ser producido en un curso temporal breve, brevísimo; requiere necesariamente un período prolongado de aprendizaje.

Vertex: Es una buena metáfora. ¿Qué opina sobre el resurgimiento de los psicoestimulantes en la psicofarmacología?

Zieher: Hay un tema de los psicoestimulantes, que es el tema de los nootrópicos. Se ha dilucidado el mecanismo de acción diferencial de los nootrópicos vs. los psicoestimulantes anfetamínicos, adrenérgicos, de la vieja generación. Hoy en día se sabe que, por ejemplo, el que mejor se estudió es el aniracetam. El aniracetam actúa sobre un subtipo del receptor glutamatergico que es el receptor ampa. Hoy en día se han desarrollado drogas que se llaman ampakinas que son selectivas sobre ese sitio. Ahora se buscan drogas selectivas. Hay una, en ensayo clínico, que se llama ampalex que es una ampakina, es decir una sustancia que actúa sobre el receptor ampa y que tiene que ver con el mejoramiento de las propiedades cognitivas, sobre todo a nivel del hipocampo. De esa manera mejoran propiedades cognitivas; quiere decir que se ha dilucidado el mecanismo por el cual los nootrópicos son distintos de los psicoestimulantes anfetamínicos, de los de vieja guardia.

Los clínicos ya habían notado esas diferencias, por algo se creó el concepto de nootrópicos, porque se veía que eran drogas distintas a los psicoestimulantes. El descubrimiento de los mecanismos diferenciales de ac-



ción biológica da sustrato a la diferencia clínica, con los cuales estas drogas ya habían sido catalogadas desde hace mucho tiempo, pero de alguna manera los nootrópicos eran, como decía Tessler, un objetivo a cumplir. El conocimiento del mecanismo de acción de estos fármacos es de una gran ayuda, porque se pueden conseguir, si eso es cierto, drogas mucho más selectivas.

Vertex: Pero, creo que la pregunta que Fabián le hacía iba dirigida al resurgimiento en la psiquiatría de los psicoestimulantes clásicos. Tanto los anfetamínicos, ya sea para los trastornos de hiperactividad con déficit de atención, así como también a nivel experimental con respecto a la esquizofrenia con síntomas negativos. Daría la impresión de que algo que había sido expulsado totalmente reaparece.

Zieher: Bueno, eso es cierto. Hay que ver hasta qué punto esos psicoestimulantes, si son de mecanismo de acción dopaminérgica, no alcanzan a incendiar el cuadro esquizofrénico subyacente. Pienso que un manejo cuidadoso de esos fármacos podría pensarse de algún modo como alternativa. Es interesante. No sé que futuro va a tener...

Vertex: Con respecto concretamente a la esquizofrenia, ¿conoce alguna de línea trabajo seria que trabaje sobre la hipótesis glutamatérgica en relación a la terapéutica de esa enfermedad?

Zieher: La esquizofrenia, según la mayor parte de los desarrollos experimentales modernos, no es posiblemente una patología dopaminérgica. Lo que hace el tratamiento dopaminérgico de la esquizofrenia con neurolépticos tradicionales es, de alguna manera, corregir el hiperarousal cortical; corrigen el cuadro de hiperactividad cortical que genera la manifestación última del cuadro esquizofrénico, la deficiente filtración de los elementos sensoriales por deficiencia del filtro talámico que llevan al hiperarousal cortical y de alguna manera la alucinación y otros síntomas propios de la patología esquizofrénica.

Evidentemente, el trastorno está posiblemente en las vías de conducción rápida. Probablemente está vinculado a alteraciones de la transmisión glutamatérgica, a deficiencias o alteraciones de la transmisión gabaérgica... pero más probablemente a la transmisión glutamatérgica, o sea que hay razones para pensar que se van a desarrollar fármacos que actuando sobre este tipo de neurotransmisores puedan corregir o modular de alguna manera las respuestas. Piénsese que la farmacología de los transmisores rápidos es mucho más difícil que la de los transmisores modulatorios. Actuar sobre el receptor glutamatérgico no es fácil. Es como actuar sobre el receptor nicotínico con un curare; es una cosa dramática; no es fácil de regular. Por ejemplo ¿se puede regular la acción de un bloqueante neuromuscular con un curare? Es muy difícil regularla, porque son transmisores que transmiten a gran velocidad.

Tocar esos transmisores es difícil. Se puede actuar vía sitios modulatorios alostéricos, como es el caso del sitio de glicina del receptor NMDA. Hay trabajos en ese sentido. Es evidente que se puede actuar, pero no es fácil. Fíjese que la modulación del receptor gabaérgico tampoco es fácil de controlar. Las benzodiazepinas serán drogas muy eficaces para los trastornos de ansiedad, pero son muy difíciles de regular. Piénsese por ejemplo en los cambios de dosificación de los preparados benzodiazepínicos. Todas las dosificaciones altas han desaparecido. Cada vez se usan menos dosis, lo cual indica que no es fácil el tema, porque se desarrolla tolerancia, porque pueden traer abuso, porque pueden traer amnesia, porque pueden traer dificultades de manejo; muchas benzodiazepinas han tenido que ser retiradas, como las más potentes, tipo el triazolam, etc. Es evidente que no es fácil actuar sobre los transmisores rápidos, es un objetivo a alcanzar.

Vertex: Quizás uno de los desafíos más grandes que le quedan todavía a la psiquiatría es poder actuar más eficazmente en el Alzheimer, ¿en ese sentido usted vislumbra nuevos caminos que los que se han desarrollado hasta el momento?

Zieher: Sí. Los trastornos cognitivos de la enfermedad de Alzheimer se deben esencialmente al daño y desaparición de neuronas. Es un poco el caso de la esquizofrenia y los síntomas negativos. Hay mecanismos biológicos de muerte y daño neuronal que se superponen entre estas dos patologías. El daño más importante sigue siendo el daño colinérgico. Es evidente que el daño colinérgico es el generador de los cambios conductuales. Por supuesto que ese daño colinérgico se acompaña de daños en otros neurotransmisores, pero los elementos claves de la patología y los más precoces de la patología de Alzheimer se vinculan a la desaparición de neuronas colinérgicas y somatostatinérgicas, las productoras de somatostatina. Por ese lado es evidente que se avanza en la terapéutica, en el desarrollo de terapias colinérgicas o de terapias que suplantán al transmisor faltante. Los modos experimentales en ese sentido son claros. A animales que han perdido la memoria espacial, se les hacen, por ejemplo, trasplantes de fibroblastos que sintetizan acetilcolina en seis puntos de la corteza. Bajo un proceso de ingeniería genética, los fibroblastos producen acetilcolina. Al hacerles trasplantes de esos fibroblastos generadores de acetilcolina el animal recupera la memoria espacial, es impresionante...

Vertex: ¿Esto dura a través del tiempo?

Zieher: Sí. Ese es un modelo conductual. Al animal se lo coloca en una situación de estrés: en un receptáculo con agua que tiene una plataforma sumergida en el medio. El animal nada, nada hasta que encuentra el sitio donde hace pie. Luego de 3 ó 4 sesiones de entrenamiento uno coloca al animal y se sube a la plataforma. Si uno le retira la inervación colinérgica, el animal pierde la memoria y si uno le coloca los fibroblastos que producen acetilcolina recupera la memoria.

Vertex: ¿Esto podría ser pensado en una terapéutica con humanos?

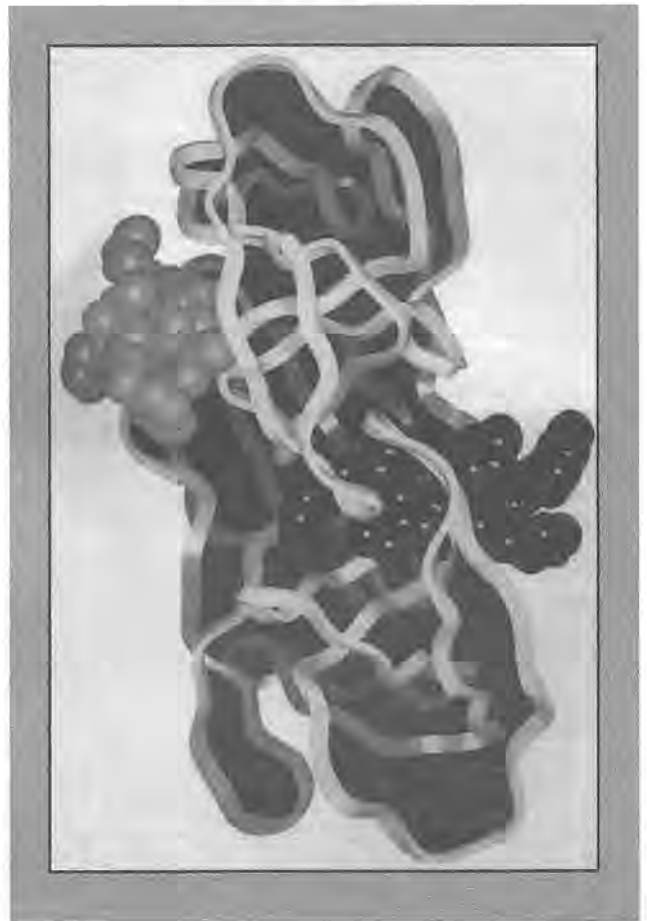
Zieher: No sé... pero podría ser. No está tan alejado. Piénsese los que se ha avanzado en el trasplante de células de la Sustancia Negra en el Parkinson.

Vertex: *¿Cuáles son las líneas de investigación que desarrollan ustedes en la cátedra?*

Zieher: Tenemos una línea de investigación dura, que estudia la protección de daños neuronales generados neonatalmente por irradiación X o neurotóxicos con distintos procedimientos farmacológicos. Nuestra investigación experimental se vincula al tema de la neuroprotección. La neuroprotección también es otro de los temas que ahora ya se vinculan con las posibilidades de correcciones terapéuticas en patologías neurológicas y en patologías mentales. Son todos temas que se han entremezclado. De alguna manera la neurociencia es justamente integradora de eso. Uno se da cuenta que el daño generado por irradiación X tiene muchísimos componentes parecidos a los generados por el envejecimiento; entonces las líneas que se desarrollan en un modelo son aplicables al otro.

Vertex: *Entendiendo que nuestra revista es leída por aspirantes e investigadores, e invocando su experiencia; más allá de las dificultades del campo en la Argentina ¿Qué perfiles de investigación, en el campo de la psicofarmacología sugeriría que serían interesantes, deseables y posibles para realizar en nuestro país? Piense en una población de psiquiatras clínicos...*

Zieher: Me da la impresión de que los mecanismos biológicos subyacentes son difíciles de estudiar, salvo en los centros especializados en biología molecular. Yo noto que hay una importante deficiencia de formación en biología molecular en nuestro país. Y creo, en particular, que tenemos deficiencias importantes en la formación de los médicos en biología molecular. Siempre digo que hay dos grandes falencias: en la licenciatura en ciencias biológicas no se estudia farmacología y en la carrera de medicina no se estudia biología molecular. La biología molecular se reparte entre histología, química biológica, etc., pero le falta el sentido integral, el sentido integrativo que tiene la disciplina. Entonces por el lado de la formación básica pienso que hay falencias que hacen que nuestros graduados tengan que ir a formarse, mediante cursos de especialización y trabajos en el extranjero. No hay alternativa. Por eso es tan importante la necesidad de repatriar a la gente que se forma fuera del país. Sería interesante la posibilidad de que se trabajara más con la psicología conductual, psicología de la conducta en una integración psiconeural, de tal manera de mejorar la calidad de los ensayos clínicos que se hacen en nuestro país donde se está trabajando muy bien y tiene amplias posibilidades. Nosotros en el comité de ética recibimos enormes cantidades de ensayos clínicos. Muchos de ellos se hacen con psicofármacos y sería un territorio donde la Argentina podría tener amplias posibilidades de crecimiento. De algún modo la globalización hace que podamos empezar a acceder a conocimientos de biología molecular y de muchas cosas que nosotros aquí en la Argentina desarrollamos poco o mal, y así acceder rápidamente a los beneficios derivados de esa investigación. De tal manera que el panorama ha cambiado en ese sentido. Ya no somos un país tan aislado. Estamos involucrados en los ensayos multicéntricos de muchos medicamentos. El hecho de que los psiquiatras participen de esos ensayos les trae importan-



tes repercusiones sobre su propia experiencia clínica; por ejemplo, entender qué son criterios de inclusión y criterios de exclusión en un ensayo clínico. Clasificar a los pacientes, aplicar los criterios de protocolo de investigación clínica bien diseñados al propio manejo del paciente. Mejorar la capacidad tanto en el diagnóstico y tratamiento, como en el manejo de los efectos adversos, son posibles aplicaciones que pudieran derivar de la terapéutica farmacológica. Pienso que todo ese campo es fértil para el desarrollo de la psicofarmacología en nuestro país. Un país que tiene una base sociocultural muy generadora de patología mental y problemas de calidad de vida muy difíciles de corregir... por lo menos desde la óptica médica...

Vertex: *Volviendo a la primera pregunta y quizás invirtiéndola ¿Cuál cree usted que van a ser los hallazgos más importantes en la psicofarmacología en los próximos cinco años?*

Zieher: Pienso que el gran desarrollo de los antipsicóticos –todos estos antipsicóticos que están saliendo o están en la gatera, como yo digo, la olanzapina, el seroquel, la zipracidona– va a traer un gran avance en los antidepresivos de nueva generación. Pienso que van a sustituir los tratamientos tradicionales ■

el rescate y la memoria



Un viaje a Anticira

Primer Coloquio Internacional sobre la Clorpromacina

20 - 21 y 22 de octubre de 1955

Cuando hace casi medio siglo Jean Delay, Director de la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encephale de Paris, como Presidente, y Pierre Deniker, como Secretario, convocaron al "Coloquio Internacional sobre la Clorpromacina y los medicamentos en la Clínica Psiquiátrica", inauguraron la era Psicofarmacológica en psiquiatría. Este término acuñado con el propósito de distinguir a las drogas con acción psicótropa, que ya había sido utilizado por March en 1920 y Thornes en 1935, fue rescatado e introducido en Francia por Jean Thuillier y Jean Delay quienes lograron imponerlo, tiempo después, tras vencer numerosas resistencias presentadas tanto por los clínicos como por los farmacólogos europeos.

Tres años antes Delay y Deniker habían presentado en el tradicional y prestigioso Coloquio de Médicos Alienistas y Neurólogos de Lengua Francesa, realizado en Luxemburgo, su trabajo inaugural sobre el tema, con el título: "El tratamiento de las psicosis por medio de un método neurolítico derivado de la hibernoterapia (El 4560 R. P. utilizado sólo en cura prolongada y continua)", en el que retomaban la inspiración de los ensayos de Laborit, Huguenard, Allauame, Hamon, Paraire y Velluz.

El producto fue comercializado, con el éxito que se conoce, por la empresa Rhone-Poulenc/Specia con el

nombre comercial de Largactil. W. Overholser comunica en el Coloquio que solamente en los EE.UU. ya se han tratado con Clorpromacina 4.000.000 de pacientes en algo más de tres años (vide infra).

Durante el Coloquio de París, de cuyas ponencias seleccionamos las conferencias inaugurales —leídas por J. Delay, W. Mayer-Gross y W. Overholser— fueron presentados 150 trabajos preparados por los más de 250 participantes provenientes de los cinco continentes.

En esas ponencias se analizaron los métodos de administración, las posologías, la duración de los tratamientos y sus asociaciones con otros métodos terapéuticos (electroshok, insulino-terapia) las indicaciones, contraindicaciones y resultados en las psicosis crónicas y en las afecciones neuropsiquiátricas (epilepsia, alcoholismo, etc.) y las consecuencias tóxicas, los accidentes, los efectos neuro y psicofisiológicos, los síntomas extrapiramidales y las hipótesis para explicar el mecanismo de acción de las nuevas drogas.

La lectura de la lista de los principales participantes basta para medir la importancia del acontecimiento: H. Ey, P. Sivadon, G. Heuyer, Th. Kammerer, H. Laborit, L. Le Guillant, J.-P. Racamier, H. Baruk, Ch. Brisset, entre los franceses; R. Sarró y J. Obiols de España; H. C. Rumke de Holanda; M. Bleuler de Suiza; W.

Janzarik de Alemania; A. Neri de Italia; D. Furtado de Portugal; H. Delgado de Perú; H. Aguiar de Brasil; M. Falcon de México; R. J. Guiral de Cuba; C. B. Denber de EE.UU., entre muchos otros, estuvieron presentes. Por la Argentina participó E. Berard quien presentó una investigación sobre "Curas somnoplégicas en clínica neuropsiquiátrica" realizada en el Servicio del Hospital de Bonneval bajo la dirección de Henri Ey. Es de señalar que en nuestro país se ensayó el 4560 R. P. desde un comienzo; entre otros lugares en la Colonia "Vidal Abal" —como nos ha sido informado en una comunicación personal por el Prof. Exequias Bringas Núñez— de la localidad de Oliva, provincia de Córdoba.

El Coloquio de París fue seguido por otros eventos: el "Primer Symposium Internacional sobre las Drogas Psicotrópicas" que tuvo lugar en Milán en 1957 bajo la presidencia del gran farmacólogo italiano Emilio Trabucchi y las actividades sobre el tema de los medicamentos psicofarmacológicos que tomaron la forma de Simposios, presididos por Carl Gustav Jung, en el II Congreso Mundial de Psiquiatría tenido en Zurich, también en 1957. En esa ocasión fue creado el "Collegium Internationale Neuro Psycho Pharmacologicum" que nucleó a los principales especialistas de la naciente psicofarmacología ■

Juan Carlos Stagnaro

Introducción al "Coloquio Internacional"

Jean Delay *Director de la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encephale, Paris, Francia*

Les agradezco su numerosa presencia, y agradezco en particular a aquéllos que vienen del extranjero y que han hecho un largo viaje para asistir a este breve coloquio.

Entre nosotros hay hoy representantes altamente calificados por sus trabajos personales que provienen de los siguientes países: Alemania, Austria, Argentina, Bélgica, Brasil, Canadá, Cuba, España, Estados Unidos, Gran Bretaña, Grecia, Holanda, Italia, Luxemburgo, Méjico, Perú, Portugal, Suecia, Suiza, Turquía y Venezuela; así pues, esta reunión ha logrado tener el carácter internacional que deseábamos darle.

Les doy la bienvenida a todos ustedes. Su presencia demuestra el interés que despierta hoy día la cura con neurolépticos en el mundo de la psiquiatría.

El descubrimiento de dichos neurolépticos es consecuencia de numerosas investigaciones sobre la fisiopatología del sistema nervioso vegetativo, en las que participaron cantidad de investigadores, como es el caso en nuestro país de Leriche, Reilly y Laborit; Leriche, quien durante medio siglo se dedicó a estudiar el rol del sistema nervioso vegetativo, no sólo a nivel patológico sino orgánico; Reilly, quien en la Clínica Claude-Bernard y con ingeniosas técnicas experimentales, logró reproducir un gran número de síndromes fisiopatológicos, por irritación neurovegetativa; y finalmente, Laborit, quien a través de diversas investigaciones sobre las reacciones orgánicas ante la agresión y los shocks, descubrió un método —la hibernación artificial— cuyas aplicaciones teóricas y prácticas son de considerable interés. También debemos rendir homenaje a los

químicos que lograron crear medicamentos neurolépticos cuya acción psicológica es incontestable: la clorpromazina y la reserpina.

Más allá de la importancia de los problemas generales de fisiopatología neurovegetativa, nuestro objetivo aquí es limitado: se trata de la aplicación de los neurolépticos a la terapéutica de las enfermedades mentales.

El concepto de neurolepsia se opone al concepto de shock. Así es, los distintos métodos de shock, desde el electroshock hasta el neumoshock, provocan una reacción de alarma, en sentido amplio, de múltiples mecanismos, pero cuyo eslabón esencial se encuentra repre-

sentado, sin duda, por las reacciones del eje diencéfalo-hipofisiario. En la neurolepsia, por el contrario, no se intenta producir una movilización general de las defensas, sino una suerte de desmovilización; ya no una reacción de alarma del sistema nervioso, sino una reacción de distensión. Así se instala en el organismo un régimen de tregua que se opone al régimen de alarma provocado por las terapéuticas de shock.

Pero, si bien estos dos conceptos se oponen entre sí, no es cierto que ambas terapéuticas se excluyan una a otra; y en ciertas enfermedades se puede emplear una u otra, según las variaciones del estado del paciente. Por ejemplo, en



la psicosis maniaco-depresiva el electroshock sigue siendo el tratamiento del acceso melancólico ansioso y la cura neuroléptica se ha transformado en el tratamiento del acceso maniaco.

Dentro del vasto grupo de las terapéuticas sedativas, la cura neuroléptica posee cierta autonomía. Es verdad, no se la confunde ni con la cura de sueño, ni con la hibernación artificial, ni con curas paralizantes a través de ciertos ganglioplégicos.

No se la confunde con la cura de sueño, pues, como su nombre lo indica, en esta última interviene esencialmente un elemento hipnótico. Por el contrario, en las curas neurolépticas, el sujeto no duerme. Desde luego, hay cierto aturdimiento de la vigilancia, pero —en las dosis utilizadas en la clínica— no se llega a la somnolencia, y con más razón, no se llega al sueño. De esta forma, la cura neuroléptica no es una variedad de la cura de sueño. Es otra cosa. Ahora bien, la cura de sueño —ya sea que se la practique con la técnica de los autores suizos o la de los soviéticos, que se inspiran en el método de los reflejos condicionados— tiene sus indicaciones en medicina mental y en medicina psicosomática.

La cura neuroléptica no se confunde con la hibernación artificial. En efecto, la ingeniosa técnica descubierta por Laborit, apunta a hacer descansar el sistema nervioso, a provocar una reacción de retraimiento y de repliegue, comparable en sus objetivos a la cura neuroléptica; pero esta técnica comporta un elemento muy importante de refrigeración que no existe en la cura neuroléptica, pues el descenso de la temperatura central causado por los medicamentos neurolépticos es en realidad demasiado insignificante como para poder intervenir en la acción terapéutica. Desde luego, la hibernación artificial y el uso de cócteles tales como los que emplea la Srta. Deschamps, tienen sus indicaciones particulares en psiquiatría.

Por otro lado, la cura neuroléptica se distingue de ciertas curas con medicamentos más o menos paralizantes del sistema nervioso, los "ganglio-plégicos" como el hexametonium, pues el efecto no es un efecto paralizante, sino un efecto de distensión nerviosa.



Pierre Janet, en sus estudios de la tensión psicológica, creó el término de "psicolesia" para indicar la caída de la tensión psicológica. Análogamente, nosotros proponemos el término de "neurolepsia" para indicar esta caída de la tensión nerviosa o neurovegetativa que condiciona en parte la tensión psicológica, y que corresponde a la acción clínica de los medicamentos que producen esencialmente una distensión.

El título de este coloquio es "Clorpromazina y medicamentos neurolépticos en terapéutica psiquiátrica". Ya desde comienzos de 1952, con P. Deniker utilizamos la clorpromazina administrada de manera regular, continua y prolongada, sin ninguna otra medicación asociada.

"La aparente indiferencia y el retraso de la respuesta a los estímulos exteriores, la neutralidad emocional y afectiva, la disminución de la iniciativa y de las preocupaciones sin alteración de la conciencia vigilante ni de las facultades intelectuales" tal es el síndrome psíquico de la clorpromazina que pudimos individualizar, subrayando por otra parte con Y. Tardieu, las modificaciones neurovegetativas que llegan hasta el bloqueo del reflejo ortostático. Desde hace unos cuatro años esta droga ha sido objeto de numerosas comunicaciones. Pero existen

otros medicamentos cuya acción es comparable a la ya expuesta: la reserpina, alcaloide de la *rauwolfia serpentina*, que parece utilizarse desde hace tiempo en la India y que actualmente se emplea con notable éxito en dosis muy elevadas. La comparación entre los efectos de la clorpromazina y de la reserpina será el tema de cierto número de conferencias y discusiones.

Cuando se introdujo la penicilina en la terapéutica antiinfecciosa, ¿acaso imaginábamos que en los años siguientes se desarrollarían cantidad de antibióticos? Es de esperar que lo mismo ocurra con los neurolépticos, y que junto a estos grandes medicamentos, clorpromazina y reserpina, veamos desarrollarse, poco a poco, muchos otros, (ya hay indicios de ello) que también actúen sobre el sistema nervioso, pero con diversos efectos que permitan acciones terapéuticas variadas.

— Indicaciones y contraindicaciones.

— Comparación con los otros métodos.

— Comparación de los neurolépticos entre sí.

— Efectos neurofisiológicos y psicofisiológicos.

— Y finalmente, hipótesis sobre los modos de acción: tales serán los temas de nuestros trabajos.

Esto significa que tenemos un programa nutrido. Debemos trabajar mucho en muy poco tiempo, pues disponemos sólo de dos días y medio (tres mañanas y dos tardes) para estudiar problemas tan múltiples como éstos. Es por ello que nos vimos obligados a limitar estrictamente el tiempo de cada intervención. Pero lo que no pueda decirse, podrá escribirse. Así es, cada orador tiene derecho a presentar su comunicación en diez páginas dactilografiadas, que serán publicadas íntegramente en un número especial de *L'Encéphale*. Este volumen se le enviará a cada uno de los participantes del coloquio.

Sólo me queda esperar que este coloquio no sea un mero balance de un reciente pasado terapéutico, sino que de aquí surjan futuras orientaciones capaces de operar nuevos progresos y alcanzar procedimientos eficaces en el tratamiento de los enfermos mentales ■

Una visión de conjunto de las posibilidades farmacológicas en Psiquiatría

William Mayer-Gross

Departamento de Psiquiatría Experimental, Birmingham, Inglaterra

Profesor Delay,
Damas y Caballeros

Permítame en primer lugar felicitarlo, a Ud. y a sus colaboradores, por haber convocado esta reunión en un momento tan fructífero, y expresarles mis mejores deseos de éxito. Es tan grande el interés en las drogas neurolépticas recientemente descubiertas que existe una obvia necesidad de intercambio de experiencias y de aclaración de criterios acerca de su aplicación. Aunque no pueda informar acerca de ninguna observación personal sobre el tema de esta reunión, agradezco la invitación ya que me posibilita representar al Departamento de Psiquiatría Experimental de la Universidad de Birmingham. Su director, el Profesor J. Elkes, quien lamenta mucho no poder estar presente, me dio dos mensajes para esta conferencia: uno de ellos se ocupa del estudio de la Reserpina y del Largactil en psicóticos, y espero someterlo a discusión; el otro tiene que ver con un método de pruebas controladas de las nuevas drogas, el cual quisiera describir en pocas palabras. Pero quisiera hacer una introducción a esta descripción con algunos comentarios personales propios acerca de la psiquiatría farmacológica en general.

En el pasado, en muchos estudios sobre farmacología del sistema nervioso, y de otros órganos, se observaron efectos secundarios pero fueron desatendidos. Esta desatención se produjo debido a que estos efectos secundarios eran de escaso interés para el investigador, porque eran subjetivos y difíciles de evaluar, y porque parecían quitar mérito al objetivo principal del experimento. Solo recientemente esta actitud ha cambiado gracias al mayor

interés en la psiquiatría y en los métodos científicos de la terapia psiquiátrica.

Es conveniente que los clínicos y los psicopatólogos discutan las teorías y concepciones predominantes en la medicina psicológica y despejen el campo para un nuevo esfuerzo farmacológico.

En primer lugar, existen los que se pueden denominar prejuicios holísticos; por ejemplo: la idea de que todas las drogas después de una administración sistémica actúan sobre el cerebro como una totalidad. En segundo lugar, la idea de que ellas pueden actuar o como inhibidoras o como estimulantes de la función psicológica, o, como puede formularse, que su efecto terapéutico puede ser solamente el establecimiento o el levantamiento de la inhibición. En tercer lugar, la idea de que lo que puede ser liberado por la acción de la droga son los rasgos de la personalidad preformados. En otras palabras, se cree que la droga en sí misma no puede cambiar nunca la corriente de conciencia o tener influencia directa sobre la actitud del paciente o sobre sus síntomas perturbadores. Un cuarto prejuicio es la afirmación del clínico de que todas las manifestaciones psicológicas producidas por drogas pertenecen a una categoría clínica, es decir, al "psico-síndrome orgánico", esto significa que se niega especificidad al compuesto único, el cual -cualquiera sea su composición- se cree que no induce rasgos psicológicos característicos propios. Finalmente, en la misma línea de pensamiento, está la idea de que todo tratamiento con drogas es sólo sintomático, mientras que una terapia radical y causal de la enfermedad mental sólo puede ser psicológica, incluso si se concede que las drogas pueden prepa-

rar el terreno para las influencias psicológicas.

Estas teorías de la influencia global de las drogas han tenido su peso en el pasado; no puedo refutarlas en este breve comentario, pero me parecen desactualizadas, especialmente al examinar el desarrollo de drogas tales como las que constituyen el tema de la conferencia de hoy. En este momento, ciertamente, parece más fructífero dejar de lado tales hipótesis generales y apuntar a la diferenciación y a la especificidad de la acción de la droga. Por lo tanto, examinaré una cantidad de síntomas psiquiátricos únicos, extraídos, como lo fueron, del mosaico de síndromes, y consideraré su accesibilidad al abordaje farmacológico sin tener en cuenta la personalidad en la cual hacen su aparición. El único postulado que haré en esta coyuntura es que *si un síntoma psicológico puede ser provocado por una droga, será razonable suponer que también debería ser posible abortar dicho síntoma mediante la acción farmacológica.*

Como primer ejemplo, se puede elegir la *depresión*, uno de los síntomas más comunes en la práctica psiquiátrica actual, ya sea con o sin entumecimiento psíquico e inhibición del habla y de los movimientos. Algunas drogas, tales como los sedantes del grupo de los barbitúricos, o, como fueron recientemente descriptos, los preparados de la Rauwolfia, pueden producir un cuadro depresivo transitorio; pero se conocen muy pocos estimulantes que levanten del paciente el velo de la depresión. Las amfetaminas parecen ser efectivas en algunos casos: en la mayoría de los pacientes, sin embargo, sólo agregan inquietud y agitación al humor emocional depresivo y lo empeoran. Los hechos, sin embargo, de que algunas drogas

pueden producirlo, y de que al menos la inhibición de los movimientos pueda ser superada por medios farmacológicos, parecen brindar alguna esperanza de poder contrarrestar algún día al conjunto de la depresión por medios similares.

Igualmente frecuente como síntoma y como causa de sufrimiento es la *ansiedad* y sus sentimientos relacionados, tales como temor, miedo, terror y pánico; estas emociones acompañan enfermedades de muchas clases, tanto físicas como mentales. El alivio de la ansiedad, aunque temporal, es casi tan importante como el alivio del dolor desde el punto de vista médico. Denominar "sintomático" tal tratamiento es apenas satisfactorio si se piensa en el paciente hipertenso, en quien la ansiedad aguda actuando en un círculo vicioso puede, por sí misma, incrementar la presión sanguínea y llevar a un accidente cerebral o cardíaco. Durante mucho tiempo se buscó la droga para hacer de un cobarde un héroe. Uno de los bien conocidos efectos secundarios de la morfina y de sus derivados es la abolición del temor, pero su uso general para este propósito es imposible debido al riesgo adictivo. La búsqueda de otras drogas que aliviaran la ansiedad aguda pero que eludieran este riesgo condujo a muchas decepciones pero no fue de ningún modo abandonada. La *adicción* en sí misma, y la predisposición a convertirse en adicto, es, por supuesto, un problema farmacológico de primer orden y necesita de un estudio y de una investigación minuciosos.

La farmacopea, con sus numerosos sedantes y agentes hipnóticos, parece estar mejor equipada contra los *síntomas hipomaniacos y maníacos* que requieren una reducción de la función y una tranquilización de un exceso de actividad mental. Pero —por motivos demasiado bien conocidos solamente por los médicos que deben tratar al paciente maníaco— los sedantes establecidos, en dosis comunes, son demasiado débiles para hacer frente a la presión de la hiperactividad en el paciente; en dosis más altas, producen un estado narcótico que puede continuarse durante la completa duración del ataque maníaco sólo bajo cuidadosa supervisión asistencial en el hospital. La Clorpromazina parece ser aquí la respuesta debi-

do a sus efectos tranquilizantes y por no producir deterioro de la conciencia. Su descubrimiento abrió un amplio campo para nuevos medicamentos que puedan actuar directamente sobre las funciones y estructuras cerebrales en las que se origina el síntoma maníaco.

En contraste con los síntomas de reacción emocional incrementada, los pacientes psiquiátricos pueden sufrir de frialdad emocional aparente, indiferencia, falta de sentimientos, falta de interés y de simpatía. Este así denominado embotamiento emocional no implica necesariamente una completa pérdida de los sentimientos, especialmente en las primeras etapas de la enfermedad; en condiciones de estrés o de desastre, las reacciones normales demostrarán su presencia latente. Se conocen drogas que aumentan la sensibilidad y facilitan la irritabilidad del sistema nervioso. No parece ser demasiado optimista el esperar que el aparente bloqueo de las emociones se vuelva accesible a la terapia farmacológica.

Desde el comienzo de la historia se sabe que las *alucinaciones* y las anormalidades sensoriales relacionadas pueden ser producidas por una cantidad de drogas en sujetos sanos. Algunos de estos fenómenos artificiales semejan en detalle los síntomas observados en nuestros pacientes psiquiátricos. Los estudios sobre estas "psicosis experimentales" aumentaron el conocimiento psiquiátrico y la comprensión de los síntomas. Sólo muy recientemente se comenzó a buscar compuestos calculados para contrarrestar los engaños sensoriales y otros síntomas; estos compuestos pueden testarse en estos experimentos y constituyen un nuevo campo de lo más prometedor para posteriores desarrollos farmacológicos. También se descubrió que las drogas alucinógenas, tal como la mescalina, producen otro bien conocido síntoma psiquiátrico: la *despersonalización*. Todo clínico sabe que este estado de lo más acosador y doloroso resistió hasta ahora todos los esfuerzos terapéuticos, tanto psicológicos como físicos. Si fuera correcto que los síntomas provocados por la acción de la droga pueden eliminarse por los mismos medios, entonces la despersonalización me-

rece una estrecha atención por parte de los farmacólogos.

La misma línea de argumentación se aplica a una cantidad de otros síntomas mentales: por ejemplo, las *ideas y acciones obsesivas y compulsivas* están estrechamente relacionadas con la despersonalización y se las observa a menudo en el mismo paciente. Su base en la patología cerebral fue demostrada cuando se las observó como síntomas en la extendida epidemia de encefalitis después de la Primera Guerra Mundial. Relacionado con esto, y teniendo en cuenta el lugar de reunión de nuestra presente conferencia, parece también apropiado mencionar la *catatonía* y su producción en animales mediante drogas tales como la *bulbocapnina*. Todos somos conscientes del gran interés científico de este descubrimiento, pero, hasta ahora, no atrajo mucho la atención de los farmacólogos.

Dejando este listado de síntomas, que bien puede compensar el esfuerzo de los farmacólogos y que puede ser considerablemente extenso, debemos considerar ahora otros usos de las drogas en psiquiatría. Su empleo podría ciertamente mejorarse para la *exploración* de aquellas capas de la *vida mental* que no son fácilmente accesibles a la investigación directa, y las cuales están a menudo ocultas al autoexamen del propio paciente. El *narcoanálisis* y el volver a vivenciar mediante "*abreacción*", bajo el efecto de drogas, material mnémico inaccesible, tienen sus aplicaciones y existen pocas dudas acerca de la eficacia terapéutica, la cual consiste en la reducción transitoria del control consciente y en ayudar al paciente a superar los obstáculos de la represión tradicional y las opiniones prejuiciosas. Cualquiera sea la interpretación teórica de estos tratamientos, existe incertidumbre acerca de *cuáles son los mejores compuestos para el narcoanálisis y la abreacción*. Se pretendió exclusividad para sustancias tan variadas como el éter, los barbitúricos de acción rápida, el dióxido de carbono, el myanesin, y la dietilamida de ácido lisérgico. Todo el campo necesita de una exploración imparcial y de una evaluación crítica por parte de los clínicos y de los farmacólogos.

Estrechamente relacionado con el último enfoque está el más am-

plio uso de las drogas *para el apoyo de la psicoterapia y la adaptación social*. Las drogas pueden no sólo servir a los propósitos del análisis y de la disección de los procesos mentales sino que pueden *ayudar a recomodar la existencia del paciente* y hacer que acepte las dificultades y riesgos de la misma. Hasta ahora, los médicos solamente utilizaron sedantes e hipnóticos para estos propósitos, a menudo según indicaciones relativamente vagas, con la esperanza de que un sueño profundo por la noche, o de que una dosis tranquilizante durante el día, pudiera fortalecer los recursos del neurótico. Debería disponerse de una panoplia de drogas mucho más variada como auxiliares de procedimientos psicoterapéuticos de varias clases. Es necesario elaborar indicaciones más precisas y refinadas.

Cualquiera pueda ser el desarrollo futuro, no debería olvidarse cuán *engañoso* puede ser la *acción curativa* de las drogas cuando se las aplica a los síntomas psicológicos. Los efectos dramáticos que las inertes pastillas "placebo" pueden tener sobre el paciente psiquiátrico hacen esencial el estudio de nuevos compuestos mediante métodos ciegos y estrictamente controlados. Demasiado a menudo, drogas que han sido saludadas con entusiasmo demostrarán luego no ser más efectivas que los medicamentos hace tiempo establecidos.

Esto me conduce a un *esquema para pruebas controladas* de drogas con Pacientes Externos, la cual fue diseñada recientemente en el Departamento del Dr. Elkes. Está modelado en los principios utilizados por el científico en experimentos de laboratorio, y utiliza experiencias recogidas durante una prueba con Pacientes Internados por Elkes y Elkes¹. Para el clínico que está acostumbrado a confiar en sus propias observaciones, puede parecer demasiado tosco o demasiado simple. Sin embargo, al estar diseñado para experimentos en los que colaboran una cantidad de trabajadores, tiene en cuenta la tendencia humana a creer en lo que se desea que suceda. Da un procedimiento prescripto para elegir a los pacien-

tes incluidos en la prueba, para la administración, y para el registro de la respuesta del paciente. En este momento se lo está utilizando pero no puede considerarse establecido su valor.

Como presumimos que la droga está aún en la etapa experimental de uso, y como los riesgos en la evaluación de sus verdaderos efectos en pacientes psiquiátricos son tan numerosos, las pruebas clínicas de-



berán ser estrictamente controladas y evaluadas. Debe haber grupos de "tratamiento" y grupos de "control" (placebo), semejantes en edad, sexo y síntomas al comparárselos como grupo, pero no necesariamente como individuos dentro de los grupos. Esto sólo puede obtenerse mediante cantidades grandes y muestreo al azar.

Para evitar cualquier sesgo inconsciente es esencial que el médico que evalúa la droga y el paciente, no sepan si se están administrando los comprimidos de prueba o los comprimidos placebo. Se estipula en el diseño de la prueba que los pacientes que completaron su serie prescripta, con comprimidos de prueba o con comprimidos control, continúen en la investigación tomando otra serie de comprimidos de modo que los pacientes actúen como sus propios controles.

Así, los efectos pueden ser validados en forma cruzada entre diferentes pacientes y entre los mismos pacientes.

Una vez que el médico está convencido de que el paciente es adecuado para ser incluido en la prueba, el dispensador le dará comprimidos de los frascos "Prueba" y "Control", según una lista de números seriados previamente preparados. La clave para el código que utiliza el dispensador permanecerá desconocida hasta que la prueba termine. Los comprimidos de prueba y los de control serán indiferenciables en sabor y en apariencia. Existe una frase estandarizada mediante la cual se le presenta el comprimido al paciente para evitar la sugestión tanto como sea posible.

Para evaluar la respuesta del paciente se utiliza el siguiente procedimiento: en exámenes de seguimiento semanales, debe pedírsele a los paciente que manifiesten con absoluta franqueza si creen que el medicamento ha sido efectivo y, si lo fue, en qué forma los ha ayudado o estorbado objetivamente. La escala de clasificación utilizada tiene seis categorías bien definidas; en una de ellas el médico debe ubicar a su paciente. Están estipulados, por supuesto, las observaciones particulares y el registro de efectos secundarios.

Las hojas de registro completadas se analizarán bajo la supervisión del estadístico médico. Si durante el análisis surgen diferencias significativas entre el grupo de prueba y el grupo control, debe eliminarse la posibilidad de que los casos tratados con drogas tengan un pronóstico naturalmente más favorable. Por supuesto, esto es improbable que suceda si se tiene el cuidado de emplear subgrupos aleatorios; pero si se sospecha un sesgo, deberá excluirse en el análisis final. Se comparará a los dos grupos por edad, por la distribución sexual, los síntomas destacados y su duración, edad al comienzo de los síntomas, tratamiento psiquiátrico previo, especialmente por la enfermedad actual y, si es posible, por una clasificación aproximada de sus pronósticos. Solamente si los dos grupos no son significativamente diferentes en cuanto a estos ítems, los resultados pueden ser científicamente válidos ■

1. Elkes J. y Elkes C., *Bull. Acad. Journ.*, 1954, II, 560.

La Clorpromazina

¿Abre una nueva era en los Hospitales Psiquiátricos?

Winfred Overholser

M. D., Sc. D., L. H. D. Saint Elizabeth's Hospital. Professor of Psychiatry, George Washington University School of Medicine. Washington, D. C. (EE.UU.).

El uso de drogas en el tratamiento de las enfermedades mentales no es algo nuevo. En la antigüedad, los griegos consideraban que la semilla de eléboro era un medicamento tan específico que el consejo de viajar a Anticira, donde la planta crece en abundancia, se transformó en una expresión cotidiana. Los efectos sedativos del opio se conocen desde hace tiempo, e inclusive hace cien años, esa droga se recetaba con frecuencia. Más tarde, se generalizó el uso de sedantes tales como la paraldehida, el cloral y los barbitúricos. Estas drogas estuvieron de moda en su momento, dependiendo del conocimiento predominante en farmacopea y del análisis de su administración.

Durante estos últimos años, sin embargo, ha habido una considerable resistencia contra el uso de las drogas sedativas, porque se las consideraba como simples sustitutos del límite físico, como un procedimiento antiterapéutico y simplemente paliativo. Además, las drogas tales como la paraldehida y los barbitúricos, si bien calmaban al paciente, lo hacían en detrimento de su conciencia y hasta lo dejaban en estado de estupor. La mayoría de los sedantes que se empleaban hasta ahora, fueron virtualmente tóxicos o producen dependencia, o ambas cosas a la vez. Hubo otros períodos en los que el uso de las drogas declinó, o bien, otras supuestas "curas" dominaron la escena para perder luego su popularidad. En los últimos años, la moda de la psicoterapia hizo que algunos olvidaran que ciertos tratamientos físicos podrían ayudar en la cura de los trastornos mentales.

Gracias a la ingeniosidad de los químicos franceses, apareció un producto completamente nuevo en la lista de los sedantes: la Clorpromazina. Esta droga posee la rara cualidad

de producir una sedación y un efecto calmante sin afectar la conciencia. En general es bien tolerada, y en gran parte no es tóxica y no causa dependencia. Los trastornos secundarios serios fueron pocos y casi totalmente reversibles. De este modo, aunque la Clorpromazina esté lejos de ser una panacea, es una droga que se ha mostrado eficaz en todo momento. Su valor se comprobó en distintas ramas de la medicina, para controlar el hipo, la náusea y los vómitos, en la disminución del shock postanestésico y en obstetricia. Sin embargo, fue sobre todo en psiquiatría, y en psiquiatría hospitalaria, donde resultó de suma utilidad, y de esto quiero hablarles hoy.

En los Estados Unidos esta droga se ha utilizado ampliamente, como lo prueba el hecho de que unos 4 millones de pacientes han sido tratados con ella.

La literatura médica abunda en informes sobre el uso de la Clorpromazina, que desde luego sería imposible resumir aquí. No obstante, queda mucho por aprender sobre las propiedades farmacéuticas de la droga, sobre el criterio que se debe emplear para su prescripción y sobre la eliminación de los trastornos secundarios. Ha habido opiniones divergentes sobre el dosaje óptimo, el tiempo de administración de la droga y el problema de las dosis de apoyo por un período indefinido o no. Para una evaluación completa, habrá que esperar los resultados de un período de observación más extenso de los efectos de la droga. Sin embargo, no hay duda alguna de que han surgido muchas perspectivas nuevas y que se han notado muchos cambios, en especial en psiquiatría hospitalaria.

En primer lugar, consideremos los efectos de la Clorpromazina en el paciente en sí. Al parecer, existe la opinión unánime de que con la ad-

ministración de la droga, los pacientes que muestran una actividad psicomotora exagerada, así como agresividad, hostilidad, y una actitud negativa, logran reducir su agitación motora. Están menos agitados, dispuestos a sentarse tranquilamente, menos agresivos, menos destructores, más ordenados y con mejor conducta. Subjetivamente, su ansiedad disminuye de manera manifiesta. Están lúcidos, al tanto de lo que ocurre a su alrededor, y son capaces de hablar con calma de sus alucinaciones y de sus delirios, con un notable grado de objetividad. De esta forma, muchos pacientes que antes eran inaccesibles, son ahora capaces de responder a la psicoterapia y a otro tipo de ocupaciones y de recreaciones que se les ofrece en las Salas. Si bien en ciertos casos de depresión agitada se obtiene cierta calma, la droga no es aconsejada para las depresiones en general y en particular para las depresiones acompañadas de agitación. Destaquemos que en tales casos, el electroshock sigue siendo prácticamente el tratamiento específico. La terapia de shock vigente en muchos hospitales para tratar síntomas catatónicos y de hiperactividad motora, ha sido reducida en una gran proporción. En el hospital Saint-Elizabeth, por ejemplo, una investigación comparativa de un período de seis meses durante los años 1954 y 1955 evidenció una reducción de la cantidad de pacientes, de 177 a 13 y del número de tratamientos, de 1168 a 107. En general, las limitaciones físicas disminuyeron considerablemente, y puedo dar fe de que en el hospital Saint-Elizabeth, la cantidad de horas de aislamiento de nuestros pacientes agitados se redujo de manera notable. Cerca del 10% de nuestros pacientes reciben drogas tranquilizantes: más de la mitad

recibe Clorpromazina, y el resto Reserpina, o una combinación de ambas, o también otras drogas tranquilizantes como el Equanil, etc.

Los Dres. Tenenblatt y A. Spagno, presentaron en el hospital Saint-Elizabeth un estudio controlado de 50 mujeres de color que muestra la mejoría del 80% de las pacientes en tratamiento. Aquí debemos señalar que estas drogas les fueron administradas a las pacientes más agitadas y con peor pronóstico. Esto también sucedió con muchos otros informes sobre el uso de estas drogas. Los mejores resultados se obtuvieron en el tratamiento de las Psicosis maníaco-depresivas y de la Esquizofrenia, en particular en las formas catatónicas y paranoides de esta última psicosis. De las 50 pacientes en tratamiento, la administración de la droga debió interrumpirse para cuatro enfermas, por existir complicaciones. Varias pacientes que respondieron favorablemente al tratamiento habían estado enfermas durante muchos años y habían creado serios problemas en las salas.

No hay problemas en cuanto al efecto tranquilizador de la droga en los pacientes agitados.

Consideremos ahora los efectos de la droga en la sala. El ambiente de las salas agitadas ha sufrido una verdadera revolución. Los pacientes permanecen vestidos, tranquilos, ya no se provocan entre sí, aceptan las convenciones, se interesan por su apariencia personal y por la de la sala. Dado que los pacientes están más receptivos y más cooperativos, exigen otras actividades para ocupar sus horas de vigilia. Así pues, es necesario desarrollar terapias de recreación, de ocupación y otras diversiones, se requiere más atención psicoterapéutica y un mayor interés de parte de las enfermeras para improvisar y procurar programas variados. Lejos de reducir el número de problemas, la droga sólo los cambió por otros. Hoy en día hay más problemas que nunca, pero en provecho del paciente y de su comodidad.

¿Qué decirles sobre el efecto de la droga en el personal? El interés ha aumentado y el ánimo ha mejorado mucho. Predomina una actitud esperanzada desde que los pacientes que antes eran fastidiosos se han vuelto más fáciles de manejar y muestran otros signos de mejoría. Y aquí entra otra vez el psiquiatra asis-

tiendo a la medicina, pues no sólo hay que administrar el medicamento, sino que también surge la necesidad de prestar atención a eventuales efectos adversos de la droga. El cuerpo médico completo y el personal subalterno del hospital fue desafiado a dedicarle mayor atención a los pacientes y a interesarse más por su mejoría. El psiquiatra ve abrirse ante sí la oportunidad de estudiar en mayor profundidad la psicopatología ya que el paciente se muestra capaz y deseoso de discutir sus problemas, mientras que antes era completamente inaccesible a toda investigación o asistencia.

Veamos ahora los efectos de la droga en el hospital en su conjunto. Ya mencionamos la disminución, por parte del paciente, del deseo de destruir y de atacar, del gasto de material y ropas. ¿Qué podemos decir de las estadísticas? Deberíamos esperar un tiempo para hacer una evaluación correcta. En algunos hospitales, como en el caso del nuestro, los estudios iniciales se hicieron con los pacientes más agitados, los que presentaban menos esperanzas de mejoría. Se les ha dado mayor libertad, aunque esto no cuenta demasiado en el índice de altas definitivas. No obstante, muchos son los pacientes que visitan temporariamente a sus familias y si la mejoría persiste, es más que probable que se les dé de alta en un futuro cercano. En algunos hospitales, en especial en el hospital estatal de Rochester (New York) como lo informa B. Pollock, el número de pacientes que regresan al hospital luego de su alta provisoria ha disminuido considerablemente. Así pues, es de esperar que la cantidad de altas aumente y al mismo tiempo, es posible que el número de admisiones se reduzca gracias al uso de las drogas tranquilizantes en la comunidad. Aún no tenemos estadísticas satisfactorias sobre el tiempo de internación de los enfermos que reciben la droga. En efecto, el índice de altas puede dar lugar a cierta cantidad de errores y de falsas interpretaciones y no constitu-



ye necesariamente un criterio seguro de éxito terapéutico. Es muy probable que se necesite una mayor actividad por parte de las clínicas locales y de los centros de tratamiento extramuros. Esta será una de las consecuencias del uso de la droga.

¿Qué pensar de los efectos de la droga en la familia del paciente? En las familias hay más esperanzas y mayores expectativas de ver a sus queridos enfermos volver pronto al hogar. Hay casos de pacientes curados contra toda previsión, después de muchos años de internación y que ya no eran esperados en sus hogares. Problema moral si los hay: en ciertas familias, existe el temor de que estos pacientes, ahora curados, sean autorizados a retomar su vida normal en sus hogares. A veces este temor roza el pánico. Se trata sin duda de casos excepcionales. Podemos decir que la actitud de las familias, en general, ha mejorado mucho.

Por fin, ¿cómo se traduce el efecto de la droga en la comunidad? Estas drogas han transformado a la opinión pública que ahora ve al asilo de alienados como una institución médica. Los doctores que practican la medicina general cooperan más y muestran mayores deseos de enviar a sus pacientes hacia los hospitales o a otros centros de tratamiento psiquiátrico. Algunos médicos, que no se especializan en psiquiatría, tratan casos leves de enfermedades mentales con Clorpromazina. La existencia de una terapia positiva y fácilmente aplicable ha despertado el interés de los legisladores respecto de las enfermedades mentales. Asimismo, el interés de distintos grupos de la comuni-

dad, tales como las Iglesias y otras organizaciones civiles, también se ha visto estimulado. Las familias no sólo tienen más esperanza sino que se vuelven más exigentes. A menudo insisten en que se les dé la droga a los pacientes, sin tener en cuenta su indicación. No es exagerado decir que la comunidad está desarrollando una actitud de mayor tolerancia hacia el paciente y mayor voluntad de aceptar su regreso a la comunidad y a la industria, o a su antigua ocupación.

Mencionamos antes, que aparecieron ciertas complicaciones durante el tratamiento con Clorpromazina. Por ejemplo, en Saint-Elizabeth hemos visto que el 36% de las pacientes de color del estudio citado presentaron calostro o leche en sus senos. Este síntoma, así como la mayoría de los demás síntomas totalmente reversibles e insignificantes, no siempre se ha informado en la literatura médica. La incidencia de ictericia y del temblor parecido al temblor parkinsoniano, parece ser moderada y casi en todos los casos completamente reversible cuando se interrumpe la administración de la droga. Podríamos decir lo mismo en cuanto a la fiebre, la fotosensibilidad de la epidermis y los eritemas que se observan a veces. La incidencia de la disminución de la cantidad de glóbulos blancos que a veces llegan a un grado de agranulocitosis clínica es un tema más serio. Se informaron varios decesos atribuidos a esta causa. Parece claro que en la práctica hospitalaria no se debería prescribir la droga sin examinar antes las funciones hepáticas y sin hacer un recuento de glóbulos en sangre. En ciertos casos también se informó sobre la presencia de hipotensión y depresión emocional. Debemos recordar que ninguna droga, por valiosa que sea, se halla desprovista de todo peligro potencial. La mayoría de los trastornos secundarios debidos a la Clorpromazina son reversibles, y la única complicación peligrosa que compromete la vida y que es relativamente rara es la agranulocitosis.

En cualquier discusión sobre la Clorpromazina no se puede evitar mencionar otra droga de un tipo totalmente diferente que, sin embargo, produce efectos similares: la Reserpina. Según la impresión de algunos investigadores, la Reserpina parece ser más eficaz que la Clor-



promazina en los casos orgánicos, tales como el grupo de los arterioesclerosos. Es más lenta en su acción y un poco más acumulativa en su efecto. Si bien existe una correlación entre los efectos de ambas drogas sobre el estado mental del paciente, la acción de la Reserpina es menos dramática; se ha señalado que existe cierta sinergia entre ambas drogas, de manera que una terapéutica combinada puede ser de gran utilidad. Los peligros de la hipotensión son incluso mayores con la Reserpina que con la Clorpromazina y la presencia de úlcera gástrica es una contraindicación positiva. Algunos objetan que estas drogas, Clorpromazina y Reserpina, no son más que paliativos. Esto no es una crítica contra las drogas, aunque lo parezca. Existen muchas drogas muy valiosas y que sin embargo no son curativas. No es el caso de la insulina en la diabetes, el extracto de hígado en la anemia perniciosa, las vitaminas en ciertos casos de avitaminosis, etc... Podemos decir que después de todo, los anestésicos no son más que paliativos, ya que no curan el dolor. Los paliativos tienen definitivamente su lugar en la práctica de la medicina. Puedo afirmar que en la Clorpromazina y en la Reserpina tenemos dos drogas que aumentan el bienestar del paciente, el de su familia, y también el de su entorno. Además, al calmar la angustia y al reducir la actividad motora —y esto conservando intacto el estado de conciencia— el paciente es mu-

cho más capaz de aceptar la psicoterapia y sacar provecho de ella. Freud (que comenzó su carrera como farmacéutico), escribía en 1914: "Todas nuestras ideas actuales en psicología serán atribuidas un día a una infraestructura de origen orgánico". Y agregaba: "esto acredita el hecho de que ciertas substancias especiales y un proceso químico particular gobiernan la actividad sexual y facilitan la continuación de la vida individual de las especies".

Hoy en día, los descubrimientos resultantes de la colaboración de los farmacólogos con los psiquiatras pueden considerarse como un logro de gran valía. Pensemos un instante en el uso experimental de la mescalina, del ácido lisérgico y de la serotonina, y en las "drogas tranquilizantes". Desde luego, debemos adquirir un mayor conocimiento de sus formas de acción. Deberán realizarse nuevos trabajos para llegar a descubrir otros agentes farmacológicos que podrían ser eficaces y no presentar los trastornos secundarios ya enumerados.

A la luz de nuestro conocimiento de los efectos psíquicos de las nuevas drogas, ¿sería acaso demasiado fantástico pensar que quizás estas psicosis llamadas "funcionales" a falta de un término mejor, sean causadas, al menos parcialmente, por substancias químicas endógenas? Estas substancias actuarían sobre el sistema nervioso central y quizás también se podría establecer que podrían desarrollarse ciertos antagonistas químicos que funcionen como agentes terapéuticos.

Ha habido numerosas oscilaciones pendulares en lo que respecta al tratamiento psiquiátrico: citemos entre otros el tratamiento moral de Pinel, la sangría de Rush, la era de la "infección focal", el período del sueño prolongado y de la insulina, los diferentes abordajes psicoterapéuticos... Actualmente, parece que el péndulo ha oscilado nuevamente, esta vez hacia la era farmacológica. Esta nueva era acercará a la psiquiatría al resto de la medicina y hará que nuestros pacientes sean más receptivos a la psicoterapia, individual y de grupo, y a otras terapias complementarias. Hará que aumente nuestro conocimiento sobre el funcionamiento mental, y lo que es aún más importante, ayudará a nuestros pacientes a recuperar la salud y regresar a la sociedad ■



Aspectos epistemológicos de la obra de Freud

Pablo M. Gabay
Mónica Fernández Bruno

Médicos Psiquiatras (UBA). Paysandú 661 - (1405) Buenos Aires

Introducción

Freud pasó gran parte de su vida luchando para lograr que el psicoanálisis fuera aceptado dentro del campo de las ciencias:

"La relatividad de nuestro conocimiento es un reparo que puede oponerse a toda ciencia, no sólo al psicoanálisis (...). El que tenga en alta estima al pensamiento científico buscará, más bien, los medios y los métodos que le permitan restringir en todo lo posible ese factor de arbitrariedad estética personal(7, p. 57)".

"En realidad, ninguna [de las ciencias], ni aún la más exacta, empieza con tales definiciones [conceptos básicos claros y definidos con precisión]. El comienzo correcto de la actividad científica consiste más bien en describir fenómenos que luego son agrupados, ordenados e insertados en conexiones. Ya para la descripción misma es inevitable aplicar al material ciertas ideas abstractas que se recogieron de alguna otra parte, no de la sola experiencia nueva (...). Al principio deben comportar cierto grado de indeterminación; (...) poseen entonces el carácter de convenciones, no obstante lo cual es de interés extremo que no se las escoja al azar,

sino que estén determinadas por relaciones significativas con el material empírico, relaciones que se cree colegir aún antes que se las pueda conocer y demostrar (...). El progreso del conocimiento no tolera rigidez alguna, tampoco en las definiciones(9, p. 113). "Quien profundice en este trabajo hallará que nuestra técnica resiste a cualquier crítica(17, p. 157)".

G. Klimovsky opina "que si se toma el método científico tal como lo ejercieron estratégicamente los científicos del siglo pasado hasta el moderno método hipotético-deductivo, el parecido entre investigaciones psicoanalíticas e investigaciones en otras disciplinas es suficientemente grande", y concluye que "las acciones epistemológicas emprendidas por Freud en sus escritos no son muy diferentes de las que uno pueda encontrar en situaciones típicas evidenciadas por otras disciplinas de indiscutible prosapia científica(18)".

Recuerda que "decir que una teoría explica no quiere decir que la teoría sea cierta" pero "cuando una teoría explica más de lo que se le pide está dando, en cierto modo, indicaciones de su calidad positiva(18)".

Desde el punto de vista de las

ciencias de la mente, el psicoanálisis se ubica en un punto medio entre el conductismo, que sólo toma en cuenta los hechos exteriores, y la fenomenología, que afirma que el mundo de la vivencia puede ser investigado por la intuición.

En relación al conductismo, Freud dice:

"Mientras que la psicología de la conciencia nunca salió de aquellas series lagunosas, que evidentemente dependen de otra cosa, la concepción según la cual lo psíquico es en sí inconciente permite configurar la psicología como una ciencia natural entre las otras(17, p. 156)".

"Muchos, situados tanto dentro de la ciencia como fuera de ella, se conforman con adoptar el supuesto de que la conciencia es, sólo ella, lo psíquico, y entonces en la psicología no resta por hacer más que distinguir en el interior de la fenomenología psíquica entre percepciones, sentimientos, procesos cognitivos y actos de voluntad(17, p. 155)".

Y agrega en una nota al pie:

"Una orientación extrema, como el conductismo nacido en Estados Unidos, cree poder edificar una psicología prescindiendo de este hecho básico!(17)" [el hecho de la conciencia].

La diferencia con la fenomenología esta dada por el hecho de que en ésta se observa, se describe lo observado y se sacan conclusiones directas, sin especular. Es un "intento de hacer una descripción directa de la experiencia, tal como es, y sin ninguna consideración de su génesis psicológica y de las explicaciones causales(19, p. 191)".

Para Freud en todo lo observable se agrega algo interno del observador; la observación pura no existe, incluye una observación previa, es pues, desde el comienzo, una interpretación.

Heidegger mismo advierte que todo saber tiene un saber previo y que este hecho es imposible de evitar.

Como la observación no se puede hacer sin una idea previa y para la descripción se utilizan ideas abstractas, la utilización de ideas previas es inevitable, cualquiera sea el método utilizado.

Freud escribe: "Todas las ciencias descansan en observaciones y experiencias medidas por nuestro aparato psíquico; pero como nuestra ciencia tiene por objeto a ese aparato mismo, cesa la analogía. Hacemos nuestras observaciones por medio de ese mismo aparato de percepción, justamente con ayuda de las lagunas en el interior de lo psíquico, en la medida en que completamos lo faltante a través de unas inferencias evidentes y lo traducimos a material conciente. De tal suerte, establecemos, por así decir, una serie complementaria conciente de lo psíquico inconciente. Sobre el carácter forzoso de estas inferencias reposa la certeza relativa de nuestra ciencia psíquica(17, p. 157)".

Como dice Babini, "todo científico, en su tarea específica, se ocupa de pensamientos (...); todo conocimiento se da en un pensamiento, es decir, a través de una estructura especial que no es la realidad conocida sino una duplicación de tal realidad(1, p. 17)". "Es pues la objetividad científica la que exige que el pensamiento, por esencia intersubjetivo, sea el instrumento científico por excelencia(1, p. 18)".

"Cabe advertir que tales criterios de verdad y tales métodos científicos no residen en las cosas ni surgen de los objetos, sino que son imposiciones humanas(1, p. 26)", por ello es conveniente evitar la frecuente "confusión entre el pensa-

miento técnico y los objetos reales que el técnico maneja (1, p. 18)(...), entre las cosas y los pensamientos sobre las cosas(1, p. 19)".

"Sólo en la psicología ocurre de otro modo; aquí sale a la luz en toda su dimensión la constitucional ineptitud del ser humano para la investigación científica. Parece que de la psicología no se piden progresos en el saber, sino satisfacciones de otra índole; se le reprocha cada problema irresuelto, cada incertidumbre admitida(6, p. 6)".

El modelo de Galileo, que exige forzar a la naturaleza por una parte y expresar los resultados en lenguaje matemático por la otra, ya no es útil para explicar el fenómeno psíquico. El método cartesiano no es aplicable ya que no se puede cumplir con el primer postulado, cuando exige fenómenos claros y distintos, pues los fenómenos psíquicos, a diferencia de los objetos materiales, no lo son.

Tampoco lo es el modelo de ciencia del empirismo, pues exige la posibilidad de reproducir la experiencia en cualquier laboratorio con igual resultado (control social).

Freud tiene claras las enormes dificultades que su empresa demanda:

"El punto de partida de esta indagación lo da el hecho de la conciencia, hecho sin parangón, que desafía todo intento de explicarlo y describirlo(17, p. 155)".

El fenómeno neurótico es de larga duración, tiene una historia (fenómeno biográfico), no está claramente circunscripto y no es factible de ser reproducido artificialmente; entonces tampoco puede ser sometido a control social.

Freud hace un intento de explicación del funcionamiento mental desde este punto de vista, tratando de presentar los procesos psíquicos como comandados por partes materiales comprobables [El "Proyecto"(4)] pero luego lo abandona, si bien muchas de sus ideas pueden rastrearse en su obra posterior(21, p. 333). Llega a un punto a partir del cual no puede continuar esta línea y busca nuevos caminos. "En realidad, en la misma época en que Freud redactaba el "Proyecto" sus investigaciones clínicas de las neurosis estaban principalmente centradas en la sexualidad(21, p. 334).

Esto se ve claramente si se tiene en cuenta que un trabajo escrito en

1895-96 fue publicado póstumamente en 1950, 11 años después de la muerte de Freud, sin que éste tratara de hacerlo a lo largo de toda su vida. (Más aún, trató de destruirlo en su vejez)(21, p. 333, nota 6).

[El]Carácter del psicoanálisis como ciencia empírica

"El psicoanálisis no es un sistema como los filosóficos, que parten de algunos conceptos básicos definidos con precisión y procuran apresar con ellos el universo todo, tras lo cual ya no resta espacio para nuevos descubrimientos y mejores intelecciones. Más bien adhiere a los hechos de su campo de trabajo, procura resolver los problemas inmediatos de la observación, sigue tanteando en la experiencia; siempre inacabado y siempre dispuesto a corregir o variar sus doctrinas. Lo mismo que la química o la física, soporta que sus conceptos máximos no sean claros, que sus premisas sean provisionales, y espera del trabajo futuro su mejor precisión". [Sigmund Freud, para el "*Handwörterbuch der Sexualwissenschaft*", M. Marcuse (Ed.), Bonn, 1922](14, p. 249).

"El psicoanálisis no es hijo de la especulación sino el resultado de la experiencia; y por esa razón, como todo nuevo producto de la ciencia, está inconcluso(6, p. 211)".

El método empirista requiere, además, recortar la realidad, disociar constantemente las asociaciones cotidianas, cortar los nexos habituales de significatividad buscando otras explicaciones. Ello es, justamente, lo opuesto a lo que propone Freud para comprender los fenómenos psíquicos; él, en cambio, da a creencias populares un uso científico cuando le sirven para explicar los hechos.

Las pretensiones de purismo objetivo del método empirista chocan inevitablemente con que la "realidad es una estructura unitaria y toda fragmentación que en ella se opere obedece a una previa y determinada concepción de la misma(1, p. 20)".

El método utilizado

Las dificultades mencionadas llevan a Freud a utilizar el modelo griego antiguo y, a partir de la observación, describir fenómenos,

agruparlos por analogía, ordenarlos, buscar relaciones entre ellos e insertarlos en conexiones según ideas abstractas previas. Así, investiga en tres niveles: observación clínica, interpretación de lo observado (empiría) y especulación.

"Sólo que a mi juicio esa es, precisamente, la diferencia entre una teoría especulativa y una ciencia construida sobre la interpretación de la empiría. Esta última no envidiará a la especulación el privilegio de una fundamentación tersa, incontestable desde el punto de vista lógico; de buena gana se contentará con unos pensamientos básicos que se pierden en lo nebuloso y apenas se dejan concebir; espera aprendeherlos con mayor claridad en el curso de su desarrollo en cuanto ciencia y, llegado el caso, está dispuesto a cambiarlos por otros. Es que tales ideas no son el fundamento de la ciencia, sobre el cual descansaría todo; lo es, más bien, la sola observación(8, p. 75)".

Observa y compara, relaciona con observaciones anteriores, da saltos de analogía, utilizándola en distintos niveles y aun extremándola:

- normal cotidiano-normal extraño [sueño-vigilia];
- normalidad-chistes; normalidad-actos fallidos; etc.; [patología-cultural]
- normal-patológico [sueño-trastornos narcisistas].

Se basa en el principio del determinismo de Claude Bernard por el cual todo fenómeno patológico debe ser entendido como un fenómeno normal cuantitativamente distinto(3,12).

Estas analogías permiten establecer modelos y son útiles para las clasificaciones. El presupuesto es que una buena clasificación permitirá encontrar fenómenos o aspectos desconocidos por analogía, siempre y cuando se conozca su límite de aplicabilidad. "El estado de mayor madurez en la investigación científica es alcanzado cuando se dispone de teorías capaces de explicar y predecir (...). Hay que mostrar que la teoría no solamente explica, sino que predice hechos nuevos o, por lo menos, es capaz de explicar otros acontecimientos que no son los que estaban involucrados en el problema que provocó la investigación(18)".

El riesgo es caer en el círculo vicioso. El método cartesiano de la du-

da metódica parte de principios firmes, postulados o axiomas, con una cadena lineal de fundamentación que le sirve para evitar el círculo vicioso. El empirismo inglés toma la experiencia sensible comprobada experimentalmente como punto de partida, que deja de ser único para ser múltiple, y también utiliza una cadena lineal de razonamiento.

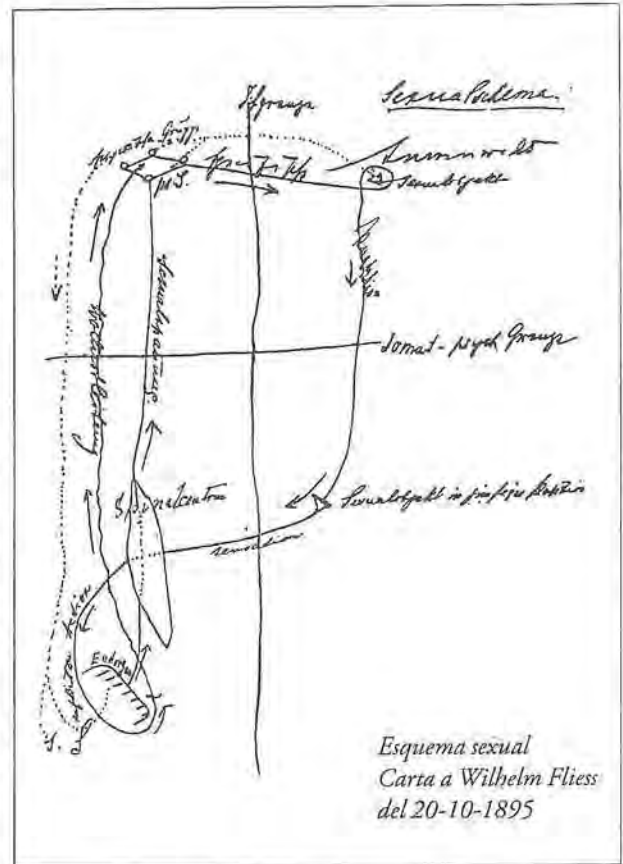
Popper señala que la circularidad es inevitable, ya que las hipótesis de trabajo son ideas previas; opina que deben ser explicitadas para poder trabajar de un modo serio y

controlarlas. Existen dos formas de circularidad en las ideas: la viciosa, en la cual hay preconceptos de los que no se tiene conciencia, y la correcta, en la cual las ideas previas son explicitadas y sometidas a control.

En "El hombre de las ratas" (1909) el mismo Freud, de un modo autocrítico, menciona este problema planteando cierto condicionamiento por el cual los pacientes tienden a confirmar las teorías de los terapeutas:

"Al preguntarle yo qué lo movió a situar en primer plano las noticias sobre su vida sexual, responde que es aquello que él sabe sobre mis doctrinas(5, p. 127)".

En el plano de las ciencias humanas no se puede aplicar el conocimiento lineal que partiendo de una hipótesis general efectúa observaciones particulares y las somete a prueba. Freud trabaja entonces con analogías; no le es posible la comprobación experimental, pero trabaja con una circularidad conocida. Realiza el control de las ideas previas (complejo de Edipo, síntomas como simbolización del conflicto, existencia de conflictos consciente-inconsciente, etc.) a medida que avanza en su investigación, manteniendo lo que va comprobando en los hechos observados y



Esquema sexual
Carta a Wilhelm Fliess
del 20-10-1895

desechando lo que no, o lo que ya no le sirve para explicar la teoría, armando de este modo un esquema cada vez más complejo y coherente. Las ideas previas sucesivas van entonces comprobándose o desmintiéndose hasta llegar a un grado aceptable de veracidad, en un constante ir y venir entre lo preconcebido y lo confirmado o desmentido. "El método científico no se caracteriza en general solamente por el uso de teorías, sino también por el empleo de casuística o de inducción para obtener leyes o regularidades generales(18)".

"Mientras que la psicología de la conciencia nunca salió de aquellas series lagunosas, que evidentemente dependen de otra cosa, la concepción según la cual lo psíquico es en sí inconsciente permite configurar la psicología como una ciencia natural entre las otras. Los procesos de que se ocupa son en sí tan indiscernibles como los de las otras ciencias, químicas o físicas, pero es posible establecer las leyes a que obedecen, perseguir sus vínculos recíprocos y sus relaciones de dependencia sin dejar lagunas por largos trechos —o sea, lo que se designa como entendimiento del ámbito de fenómenos naturales en cuestión—. Para ello no puede pres-

cindir de nuevos supuestos ni de la creación de conceptos nuevos, pero no se los ha de menospreciar como testimonios de nuestra perplejidad, sino que ha de estimárselos como enriquecimientos de la ciencia; poseen títulos para que se les otorgue, en calidad de aproximaciones, el mismo valor que a las correspondientes construcciones intelectuales auxiliares de otras ciencias naturales, y esperan ser modificados, rectificadas y recibir una definición más fina mediante una experiencia acumulada y tamizada. Por lo tanto, concuerda con nuestra expectativa que los conceptos fundamentales de la nueva ciencia, sus principios (pulsión, energía nerviosa, entre otros), permanezcan durante largo tiempo tan imprecisos como los de las ciencias más antiguas (fuerza, masa, atracción)(17, p. 156)".

La interpretación de los resultados

Los hallazgos de Freud son interpretaciones y no explicaciones de la realidad: la certeza será mayor cuanto menor sea la distancia entre la idea previa y el observable (teoría de la gradualidad de la certeza).

Se puede pensar, sobre la base de lo dicho, que la observación en psiquiatría y psicología es, casi siempre, interpretación.

Adherimos a quienes consideran a la ciencia como un conjunto de enunciados teóricos y, por tanto, enseñable; al arte como una práctica cotidiana que se aprende haciendo, que incluye a la experiencia; y a la intuición como algo subjetivo, inmediato, de origen desconocido y que no implica necesariamente un aprendizaje. Estos tres elementos funcionan interrelacionados.

Tomando lo antedicho, la psicología como ciencia cabalga sobre el arte y la artesanía, junto a un saber intuitivo. Como escribe Serroni-Copello: "La psicología actual no es teoría, sino teoría y práctica planeada; en consecuencia, los psicólogos [son](...) profesionales capaces de saber y capaces de saber-actuar(20)".

La intuición estuvo negada por el racionalismo cartesiano pero fue admitida por los griegos (*episteme*, ciencia, era para ellos todo saber su-

ficientemente fundado) y lo está actualmente para algunas líneas de pensamiento.

"Un nuevo criterio asoma cuando se considera la participación de la actividad espiritual en el proceso del saber científico. Es el criterio, que puede llamarse "criterio sentido", según el cual un sistema de juicios coherentes cumple la pretensión de ser verdadero si todos ellos están comprendidos en una atmósfera única, en una estructura orgánica que le confiere unidad y sentido (...). El método que acompaña a este criterio, quizá más una actitud que un método, es la comprensión, entendida en su doble acepción de sentido de totalidad y de satisfacción del espíritu(1, p. 28)".

"El proyecto": un intento reduccionista

Dice Freud en una carta a Fliess el 25 de mayo de 1895 ("Carta M"):

"Dos ambiciones me atormentan: primero, averiguar qué forma cobrará la teoría del funcionamiento psíquico si se introduce en ella un enfoque cuantitativo, una especie de economía de la energía nerviosa, y segundo, extraer de la psicopatología aquello que pueda ser útil para la psicología normal. En efecto, sería imposible obtener una concepción global satisfactoria de los trastornos neuropsicóticos si no se pudiese vincularla con claras hipótesis acerca de los procesos normales(4, p. 326)".

La intención de Freud es "brindar una psicología de ciencia natural, a saber, presentar procesos psíquicos cuantitativamente comandados de unas partes materiales comprobables, y hacerlo de modo que esos procesos se vuelvan intuitivos y exentos de contradicción. El proyecto contiene dos ideas rectoras: concebir lo que diferencia la actividad del reposo como una Q [carga] sometida a la ley general del movimiento, y suponer como partículas materiales a las neuronas(4, p. 339)".

Trata "de aproximarse a una descripción de los fenómenos psíquicos en términos fisiológicos(21, p. 335)".

Utiliza el modelo newtoniano, con sus tres niveles:

1. *Observación*: acumulación de datos (información) sobre los fenó-

menos patológicos estudiados (histeria, neurosis obsesiva, etc.).

2. *Formulación de leyes* sobre estos datos, que los relacionen entre sí (teorías explicativas: teoría del trauma, etc.).

3. *Formulación de teorías generales* para explicar las leyes (nivel especulativo); teoría general del aparato psíquico (metapsicología).

La teoría general da por supuestos microelementos (realidades microfácticas) invisibles, que sirven para explicar el nivel de los macroelementos. Esto es similar a lo que ocurre con la teoría atómica y tiene, a su vez, su base en Demócrito-siglo IV a. c.-y Leucipo. Permite formular la teoría matemáticamente y de su fórmula deducir leyes. Freud toma el modelo de la física, siendo el nivel micro invisible de su postulación el de las neuronas.

Con estos dos supuestos (la energía del aparato {Q}, por un lado, y las neuronas por el otro) propone ciertas leyes que los relacionan:

I. En cuanto a la carga {Q}:

1. Inercia neuronal (principio de constancia): la neurona procura aliviarse de la carga por todos los medios. El principio de Nirvana, como también lo llamó, se origina en el budismo y está basado en ideas de Schopenhauer; la tendencia es a buscar el equilibrio, la inercia, la inacción. En la física esto se encuentra en el principio de entropía: el universo tiende al equilibrio; la energía funciona sobre la base de desequilibrios que buscan la estabilidad permanentemente.

2. Huida del estímulo [externo]: muy relacionado con el principio de constancia. Las neuronas buscan que cese el estímulo externo. En el resto de la obra de Freud aparece como la función primaria (Ello, vida instintiva).

3. Existe una carga endógena (estímulos endógenos): hambre, deseo sexual, etc., de los que el aparato no puede huir. Por esta razón debe acumular carga para realizar actos que satisfagan estos estímulos, tratando de disminuirlos a su mínima expresión para mantener la adaptación del aparato al mundo externo (función secundaria, yoica).

II. En cuanto a las neuronas:

1. Cada neurona copia las características del sistema total con el fin de responder a los estímulos internos.

2. Las neuronas pueden encontrarse investidas de carga. Esto tiene su origen en el manejo económico, cuantitativo, de la teoría. El que las neuronas estén investidas de carga implica que existe la entrada y salida de energía en una neurona dada.

3. Las neuronas pueden almacenar carga. En este punto postula la existencia de barreras-contacto que permiten y facilitan esta situación.

4. Existen dos tipos específicos de neuronas ϕ (fi) y ψ (psi): las neuronas fi son específicas de la percepción, perciben cantidad y son "pasaderas". Las neuronas psi sirven a los fines de la memoria, para lo cual encierran el estímulo, son "impasaderas".

Freud se ve obligado, además, a establecer hipótesis de correspondencia entre el mundo microscópico (teoría general) y el mundo macroscópico (datos observables de la realidad). Aquí aparece el punto más débil de su teoría: al no haber correspondencia inmediata con la experiencia debe crear estas hipótesis auxiliares:

a. el dolor sería un fracaso en el filtro de la carga, la que al aumentar provoca un aumento proporcional de la tensión;

b. los fenómenos de conciencia se darían en un tercer tipo de neurona, las ω (omega), en las cuales habría un pasaje de la cantidad (proveniente del mundo externo) a la cualidad (característica del mundo interno, aparato psíquico). En una analogía con la física, en la cual el color y el sonido (ondas electromagnéticas) se perciben como colores o sonidos;

c. el placer correspondería al alivio de la carga, perceptible conscientemente cuando pasa por las neuronas ω ;

d. afectos y deseos implican tensión en las neuronas psi. Posteriormente en la teoría corresponderán a montos de afecto. Esta tensión se

acumula lentamente (deseo) o se libera rápidamente (descarga del afecto).

e. El Yo es un conjunto de neuronas psi investidas permanentemente, una acumulación de energía en la memoria que no se descarga. Para cumplir la función secundaria el Yo debe efectuar acciones que satisfagan necesidades (estímulos internos); para ello acumula energía.

"Hallamos [en el "Proyecto"] un anticipo del yo estructural que emerge en "El yo y el ello" (1923) (21, p. 335)".

Para solucionar el problema de la atención Freud propone la hipótesis de barrido (fenómeno de barrido): la percepción "barre" el campo permanentemente y por algo

de habría de ser el casi omnipotente "principio de placer" sólo es considerado aquí como un mecanismo de inhibición (...). Las fuerzas interiores son poco más que reacciones secundarias frente a las fuerzas exteriores" (21, p. 334). "Lo que nos brinda el "Proyecto" es una descripción defensiva del aparato psíquico "anterior al ello" (21, p. 335)".

El libro, escrito en 1895-1896, queda inconcluso. Freud se detiene cuando debe abordar los fenómenos del pensamiento, del juicio y del razonamiento. El Proyecto fue publicado póstumamente (1950).

"En realidad, en la misma época en que Freud redactaba el "Proyecto" sus investigaciones clínicas de las neurosis estaban principalmente centradas en la sexualidad (21, p. 334)".

En este libro se ve como, al comienzo de su trabajo, Freud estaba influido por el positivismo clásico. Esta posición será abandonada luego, al volcarse al romanticismo bajo influencia de Goethe. Pese a todo, durante toda su obra será mantenido el punto de vista económico.

La ventaja del uso de la cantidad es que permite expresar mínimas variantes de realidad pues es un lenguaje de gran precisión. Tiene cuatro niveles:

a. *ordinal*: ordena en una serie, de modo tal que sus elementos se relacionan en más o en menos;

b. *nominal*: clasifica, nombra a un objeto;

c. *intervalos*: parámetro arbitrario que compara elementos entre sí;

d. *nivel de cocientes*: es exacto.

La desventaja que presenta es su limitación: es referible sólo al mundo externo sólido, ya que si se lo refiere a la vida —midiendo cantidad vivida, que no es igual a tiempo vivido— la cantidad no es separable de la cualidad; así, se vuelve inexacto, expresándose en el nivel ordinal (términos de más o de menos). La



que llama su atención se detiene en determinado punto.

"[Aquí] todo el acento está colocado en el efecto del ambiente sobre el organismo y en la reacción de éste frente a él. Ciertamente es que, además de los estímulos externos, se mencionan las excitaciones endógenas, pero apenas se examina su naturaleza ([las pulsiones]). (...) Lo que más tar-

angustia, por ejemplo, es medible en un nivel vivencial (ordinal).

"(...) el "Proyecto", pese a ser en su faz ostensible un documento neurológico, contiene en sí el núcleo de gran parte de las ulteriores teorías psicológicas de Freud; (...) de hecho iluminó por primera vez algunas de las más oscuras entre las hipótesis fundamentales de Freud (...). El "Proyecto" (...) está calladamente presente en toda la serie de escritos teóricos de Freud, hasta el final(21, p. 333)".

Pese a esto, "el propio Freud desechó, en última instancia, todo el marco de referencia neurológico (...). Comprobó que su aparato neuronal no podía dar cuenta en modo alguno de aquello que, en "El yo y el ello"(15), llamó "la única antorcha en la oscuridad de la psicología de las profundidades", a saber: "la propiedad de ser o no conciente" (...). Debe seguir considerándose al "Proyecto"(4) un esbozo inconcluso, desautorizado por su creador(21, p. 336)".

La histeria

El método psicoanalítico arranca desde los "Estudios sobre la histeria"(2), escritos junto con Breuer entre 1892 y 1895. Tal como refiere Strachey, previamente a la época del "Proyecto" sus investigaciones clínicas de las neurosis ya estaban principalmente centradas en la sexualidad(21, p. 334)".

Su objetivo es distinto al del "Proyecto"(4), ya que en éste intentó desarrollar una teoría general de la psiquis, intento que retomará recién con los artículos que van desde 1911 ["Introducción del narcisismo"(8)] a 1915 [trabajos sobre metapsicología(9,10,11,12)], y él mismo establece la diferencia:

"No se nos escapa, empero, que así sólo nos hemos acercado al conocimiento del mecanismo de síntomas histéricos, y no al de las causas internas de la histeria. No hemos rozado más que la etiología de la histeria, y en verdad podemos iluminar únicamente las causas de las formas adquiridas, el valor del factor accidental para las neurosis". [Viena, diciembre de 1892(2, p. 43)].

Lo que presenta es un acercamiento a la etiología de la histeria, los motivos por los que el método de tratamiento por ellos propuesto (método catártico) da resultado en

ciertos casos; lo que busca ahora son las leyes que corresponden a una determinada patología para poder explicarla (niveles uno y dos). No lo hace ya con un planteo positivista, en el cual se interesaría más por las relaciones constantes entre los distintos fenómenos observados, expresables matemáticamente, sino de un modo más cercano a la concepción vulgar de la causa, más popular. Utiliza entonces el término *erklärung*, parecido a "explicar" pero que significa "aclarar, hacer comprensible".

Para ello debe ubicar y relacionar al fenómeno en un contexto general de fenómenos familiares que lo hagan inteligible. Se parece más a un describir el fenómeno, ya que utiliza analogías y conexiones con otros fenómenos conocidos. Así, hace una analogía entre la histeria y la hipnosis en la cual a cada acción corresponde una representación inconciente (teoría de las representaciones inconcientes). La orden posthipnótica (una consigna) equivale en la neurosis a una transacción conciente-inconciente ocurrida en el inconciente que el neurótico ejecuta concientemente sin conocer su origen.

Utiliza la íntima relación entre descripción y explicación propia de la ciencia. Los fenómenos psíquicos, a diferencia de lo que ocurre con la realidad material, no están formados por elementos claramente diferenciables entre sí, no hay una causa sino una concurrencia de causas (multicausalidad) para explicar cualquier tipo de fenómeno.

Para ello busca explicaciones en dos niveles distintos, respondiendo a dos interrogantes:

1. por qué se produce la histeria y
2. por qué se produjeron determinados resultados en el tratamiento efectuado a Anna O.

Freud toma así una doble posición, la del médico y la del investigador. Como médico se ubica, a su vez, en dos niveles frente al problema: el del síntoma o síndrome que identifica a un determinado fenómeno que no se presenta *per se* (enfermedad), y el de la descripción y explicación de ese mismo fenómeno.

Para ello debe identificar primero el fenómeno histeria, un cúmulo complejo de realidades interconectadas no circunscriptible ténpo-

roespacialmente, una globalidad, con las dificultades, indefiniciones, e inseguridades que da la palabra para ello. Como dice Husserl, la palabra crea una falsa sensación de simplicidad al hacer una síntesis nominal de fenómenos complejos.

La hipótesis que Freud quiere demostrar es que la causa de la histeria es la existencia de un trauma psíquico en la infancia.

El método que utiliza para ello es la hipnosis (instrumento técnico), en el cual la relación sujeto-objeto predetermina el resultado. Luego reemplaza este instrumento por otro, el método psicoanalítico.

Aquí también debe establecer hipótesis de correspondencia, ya que lo que ocurre durante la sesión en el consultorio (situación terapéutica) es distinto a lo que le ocurre al paciente en su vida diaria.

Se pregunta entonces por qué no son todos histéricos. Postula que los sujetos tienen una predisposición particular, sea por su propia sensibilidad, sea por las características del/los trauma/s padecido/s (sumatoria de traumas). El trauma es causa suficiente pero no necesaria; explica sólo parcialmente los hechos.

Construye sucesivas hipótesis que presentan lógica interna:

a. Hipótesis del trauma:

El trauma aparece como un cuerpo extraño, olvidado, incrustado en la vida anímica del sujeto desde hace mucho tiempo y provoca síntomas sin que el paciente lo sepa; dichos síntomas se alivian o desaparecen cuando el hecho traumático es recordado bajo hipnosis y revivido con gran carga afectiva.

Se pregunta entonces: ¿todo trauma produce histeria? Los hechos dicen que no. Postula entonces la hipótesis de sofocación.

b. hipótesis de sofocación: el recuerdo del trauma fue sofocado.

Surgen nuevas preguntas que lo llevan a hipótesis adyacentes:

b. 1. por qué se sofocó el trauma?

Encuentra dos respuestas posibles y complementarias: por la naturaleza del trauma, ya que no hay modo de descargar la tensión que produjo y/o por el tipo de personalidad del paciente (hipnoide), que lo lleva a separar el trauma del resto de su vida psíquica (disociación). Aparece lo que, más adelante en su

teoría, serán el inconciente (el aspecto escindido de la personalidad) y la represión (sofocación).

Relaciona la histeria con la hipnosis (estado hipnoide), buscando una analogía que la haga comprensible: la patología aparece así como la intensificación de lo cotidiano, de lo conocido.

c. hipótesis de la no abreacción.

Utiliza creencias populares sobre la enfermedad y las toma como algo científico:

1. algo externo se apoderó del sujeto (demonios);
2. hay una lesión;
3. se debió a una frustración, una emoción fuerte, etc.

La abreacción (descarga) presenta también distintas variantes: la asociación con ideas tranquilizantes; la descarga directa; la descarga con palabras.

La hipótesis que propone en este punto es que nada de esto ocurrió, quedando la tensión en el sujeto.

Llega a una conclusión:

d. el trauma queda como un cuerpo extraño (olvidado) en la vida psíquica del sujeto, con eficacia en el presente.

Esta conclusión lo conduce a otra:

e. la consecuencia somática del trauma es la investidura corporal del síntoma. El síntoma reviste un doble carácter: como símbolo (simboliza al trauma) y como efecto del mismo.

Metodológicamente aparecen tres aspectos:

1. Toma la creencia popular de la carga y descarga de la emoción;
2. los síntomas desaparecen con la descarga (esto lo acerca a la clave del problema);
3. con una parte conocida reconstruye el todo ignorado, a la manera de un arqueólogo o un paleontólogo.

Más adelante, Husserl propondrá algo similar, desde la fenomenología, para la comprensión de los fenómenos psíquicos atípicos: el método de las derivaciones sucesivas, desde lo normal a lo anormal.

En 1909 ["El hombre de las ratas"(5)] el trauma de la teoría se ha transformado ya en conflicto sexual edípico, la teoría de la disociación hipnoide y la sofocación en la represión inconciente. Freud ya ha-

bía notado el peso de lo sexual en la patología, la importancia de la ambivalencia en el conflicto edípico y la necesidad de reprimir el odio por la persona amada.



Sigmund Freud, 1931

Conclusiones

Se pueden determinar tres etapas en la obra de Sigmund Freud, en las que utiliza tres tipos distintos de modelos con un mismo eje conductor (hipótesis): la teoría de las pulsiones. Según ésta la enfermedad se produce por conflictos en el ámbito de las pulsiones psíquicas, entre ellas o entre ellas y el mundo externo.

El concepto de Trieb (pulsión): Freud muestra dos puntos de vista distintos en relación a la pulsión: el primero en 1911 (Caso Schreber), y luego en 1914 (agregado a "Tres ensayos") "aparentemente consideraba a la pulsión misma como el representante psíquico de fuerzas somáticas"(22, p. 108); en artículos posteriores, por ejemplo en "Pulsiones y destinos de pulsión" (1915), escribe:

"La 'pulsión' nos aparece como un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como representante psíquico de los estímulos

que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma, como una medida de la exigencia de trabajo que es impuesta a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal(9, p. 117)".

O en "Lo inconciente" (1915) dice: "Una pulsión nunca puede pasar a ser objeto de la conciencia; sólo puede serlo la representación que es su representante(10, p. 173)".

Luego trazará una distinción entre la pulsión y su representación psíquica. En el mismo artículo afirma:

"Una representación nunca puede pasar a ser objeto de la conciencia; sólo puede serlo la representación que es su representante (...); tampoco en el interior de lo inconciente puede estar representada si no es por la representación(10)".

Lo mismo ocurre en "La represión"(1915)(11), aquí "la pulsión ya no es considerada como agencia representante psíquica de mociones somáticas, sino más bien como no-psíquica en sí misma. Ambos puntos de vista, aparentemente diferentes, se encuentran en otros lugares en los escritos posteriores de Freud, si bien el segundo de ellos es el que predomina. Puede ser, empero, que la contradicción sea más aparente que real, y que su solución resida precisamente en la ambigüedad del concepto mismo -en su carácter de concepto fronterizo entre lo físico y lo anímico-(22, p. 109)".

Freud está influenciado por el pensamiento dialéctico, en el cual las contradicciones no se excluyen sino que se complementan.

La teoría de las pulsiones es presentada según tres modelos diferentes:

1. modelo del arco reflejo.

Observa que existe algo interno en el individuo que media entre el estímulo y la respuesta; este mediador sería el Yo. Postula, con base observacional, la existencia de las pulsiones y los deseos. Las pulsiones provocan estímulos internos que llevan a la descarga neuronal (respuesta). Reduce todas las pulsiones existentes a dos tipos: las yoicas y las sexuales. Metapsicológicamente esto se incluye en la hipótesis de la cantidad.

El objeto de la pulsión es contingente, es lo que se desea; la meta de la pulsión es su satisfacción.

2. modelo de la teoría de campo (libido yoica).

Utiliza este modelo en 1914 en "Introducción del narcisismo" (8). El sujeto se vuelve objeto de sus propias pulsiones. En "Duelo y melancolía" (1915) (12) observa que en el esquizofrénico, en el sueño y en la hipocondría la libido se vuelve sobre el yo (libido yoica = libido sexual + pulsión yoica).

Utiliza la analogía de la ameba para explicar la investidura y desinvestidura libidinal sobre los objetos. Desde el punto de vista metapsicológico ve que el sistema busca los niveles más bajos de investidura.

3. pulsiones de vida y de muerte.

Este modelo aparece primero en "Más allá del principio del placer" (1920) (13). Su base observacional está en la compulsión del paciente a repetir sus síntomas (compulsión a la repetición) y en la agresividad, la que antes era considerada sólo como un complemento de la sexualidad y ahora es vista como una tendencia hacia la muerte (considerada como estabilidad absoluta). Se maneja metapsicológicamente

con el concepto de cantidad.

En realidad, la noción de cantidad se mantiene como un aspecto clave del modelo durante toda la obra de Freud desde la "Carta M" a Fliess del 25 de mayo de 1895, pero la palabra cantidad se ha metafórico en el contexto.

Los sustratos que utiliza en estos tres modelos son, respectivamente, la neurona, el lugar (primera tópica: conciente, preconciente e inconciente) y, por último, la estructura (segunda tópica: yo, ello y superyo).

Se pueden rastrear dos tendencias epistemológicas en Freud: una reduccionista (todo sería biológico) y una complementarista (la ciencia avanza por complementación, hay dos niveles de realidad).

En su obra "la aparición de una teoría o el empleo de una de ellas para resolver un problema intrigante se hace de tres maneras: en primer lugar (...) [para] aclarar un hecho intrigante que motiva la investigación [y ver si] la teoría tiene capacidad para explicar otras cosas o incluso para predecir. (...) Un segundo tipo de situación, opuesta [a la anterior], es aquella en que el hecho intrigante

puede explicarse sin inventar una nueva teoría. (...) Hay una tercera situación epistemológica que es un híbrido de las dos anteriores, donde se utiliza una teoría vieja para explicar ciertos hechos, pero es necesario añadir nuevas hipótesis y quizás modificar alguna de las anteriores". (...) A veces las teorías anteriores fracasan y es necesario considerar la disyuntiva de conservarlas o adoptar una nueva teoría (18)". Para esto hay dos estrategias posibles: en la primera "la teoría es conservada y las dificultades son trasladadas a hipótesis de trabajo que obligan a formular hipótesis *ad hoc* o [a] una reinterpretación de la experiencia (18)". Esto sería "conservar la teoría modificando las hipótesis auxiliares". (...) "La segunda estrategia es modificar o cambiar radicalmente la teoría (18)" ■

Agradecemos al Dr. Pedro Geltman, Profesor de Epistemología de la Carrera de Especialistas en Psiquiatría de Adultos, Unidad Moyano, Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, sus enseñanzas y la lectura crítica del manuscrito.

Notas bibliográficas

1. Babini, J., *Qué es la ciencia*. Colección Esquemas, Ed. Columba, Buenos Aires, 1960.
2. Breuer, J., Freud, S., Estudios sobre la histeria (1893-1895), en Freud, S. *Obras Completas*, Tomo I, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1980.
3. Dubrovsky, B., A comment on three topics in volume 7 of the "Treatise": teleology, the mind-body problem, and health and disease, en *Studies on Mario Bunge's Treatise*, Weingartner, P. and Dorn, G.J.W. (Eds.), Rodopi, Atlanta, U.S.A.
4. Freud, S., Proyecto de psicología (1950 [1895]). *Obras Completas*, Tomo I, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1982.
5. Freud, S., A propósito de un caso de neurosis obsesiva (1909). *Obras Completas*, Tomo X, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1980.
6. Freud, S., Sobre psicoanálisis (1911). *Obras Completas*, Tomo XII, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1980.
7. Freud, S., Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico (1914). *Obras Completas*, Tomo XIV, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1984.
8. Freud, S., Introducción del narcisismo (1914). *Obras Completas*, Tomo XIV, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1984.
9. Freud, S., Pulsiones y destinos de pulsión (1915). *Obras Completas*, Tomo XIV, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1984.
10. Freud, S., Lo inconciente (1915). *Obras Completas*, Tomo XIV, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1984.
11. Freud, S., La represión (1915). *Obras Completas*, Tomo XIV, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1984.
12. Freud, S., Duelo y melancolía (1917 [1915]). *Obras Completas*, Tomo XIV, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1984.
13. Freud, S., Más allá del principio del placer (1920). *Obras Completas*, Tomo XVIII, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1984.
14. Freud, S., Psicoanálisis "Artículo de enciclopedia" (1923 [1922]). *Obras Completas*, Tomo XVIII, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1984.
15. Freud, S., El yo y el ello (1923). *Obras Completas*, Tomo XIX, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1984.
16. Freud, S., Nuevas conferencias (1933). *Obras Completas*, Tomo XXII, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1979.
17. Freud, S., Esquema del psicoanálisis (1940 [1938]). *Obras Completas*, Tomo XXIII, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1980.
18. Klimovsky, G., Las teorías de Freud y la metodología contemporánea. *Nuevo Correo Bimestral*, Bs. As., pág. 10-13, abril-mayo 1989.
19. Merleau Ponty, M. Fenomenología de la percepción, citado por Ziziensky, D., Consideración fenomenológica en psicopatología, en Ziziensky D. (Ed.) *Métodos de investigación en psicología y psicopatología*, Nueva Visión, Bs. As., 1985.
20. Serroni-Copello, R., Epistemología de la psicología: la legitimación de la psicología clínica. *BAP (Boletín Argentino de Psicología)* Vol. II(6):1-4, 1989.
21. Strachey, J. y Freud, A., en Freud, S. *Proyecto de psicología (1950 [1895])*. *Obras Completas*, Tomo I, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1982.
22. Strachey, J. y Freud, A., en Freud, S. *Pulsiones y destinos de pulsión (1915)*. *Obras Completas*, Tomo XIV, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1984.

La piel de cordero, una metáfora para la acción individual

Beatriz Kalinsky

Antropóloga. Instituto de Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras de la Univ. de Buenos Aires. José Hernández 2040, 14° "B". Buenos Aires. Tel.: 784-5117

*"Is not this a lamentable thing,
that of the skin of an innocent lamb
should be made parchment?
That parchment, being scribbled
over, should undo man?"
King Henry VI, Part II.
William Shakespeare*

I

La formación de creencias en ámbitos de extrema escasez de alternativas, como la situación de pena privativa de la libertad, es un tema de bordes epistemológicos. Al mismo tiempo puede ayudar a comprender el devenir de algunas trayectorias personales, y la representación pública que tienen esas creencias expresadas en tales circunstancias.

El contenido empírico que me permite aventurarme en la explicación de este tema proviene de una experiencia de investigación socioantropológica que se está llevando a cabo en la zona sur de la Provincia del Neuquén¹. Su finalidad es la de especificar las consecuencias sociales y culturales de la cárcel en una zona de intenso contacto intercultural, intentándose mejorar la calidad de vida en situaciones de pena privativa de la libertad.

El seguimiento de ciertas causas judiciales en particular es, en forma terminante, un adentramiento existencial del antropólogo en las vicisitudes de estas personas. La relación antropológica con el "otro" se convierte, entonces, en una interlocución excepcional en donde des-parramar cuadros completos de la situación de detención desde todos sus involucrados (detenidos, familiares, operadores jurídicos, asistencia social, y opiniones comunitarias sobre el tema del delito)².

Uno de los pocos puntos en que todos estos protagonistas coinciden tiene que ver con el sustento que sus creencias dan a su acción indivi-

dual. En qué se fundamenta un juez para dictar sentencia³; en qué lo hace un detenido para dar sentido no sólo al delito cometido sino al panorama de su vida antes y después; en qué lo hace un poblador cualquiera que, ajeno al sistema jurídico penal, tiene opiniones contundentes sobre cómo debería ser tratada la delincuencia como problema social; y en qué puede un antropólogo apoyarse para exponer su propio punto de vista, que si bien interesado, permanece, en parte, siempre extranjero a la trama del conflicto.

A la vez, puestos todos estos protagonistas en un campo de intenso antagonismo, deben lidiar con potentes limitaciones dadas por la regulación vigente de la vida en sociedad. De una gran variedad, los jueces deben respetar la letra de la ley, los abogados los procedimientos legales, y los detenidos las condiciones de pérdida de la libertad ambulatoria⁴, tanto como los códigos propios que constituyen una condición *sine qua non* para poder convivir más o menos dignamente dentro de una cárcel. Por su lado, el antropólogo lleva sobre sus hombros el peso de las reglas académicas, en tanto que el poblador liso y llano acarrea el exigente reclamo de un ordenamiento social que asume como justo.

Sostengo aquí que cualquier curso de acción en un escenario como el descrito, adopta un margen de elección. Este se toma o se deja, de acuerdo a las creencias que se sustenten, y teniendo como telón de contraste un cálculo de la viabilidad en que ellas podrán funcionar, dadas las limitaciones que todos, sin excepción, conocen.

La creencia es una idea a la que se le otorga certidumbre; contempla una acción que parece viable dadas las circunstancias específicas, que se van evaluando vez por vez. En general, parece que esa forma de imaginar un posible orden futuro para uno mismo, o para su

familia, o para algún otro, está rondando la decisión de hacer o dejar de hacer algo. Entonces, va junto a un curso de acción que intentará ser fiel a lo que se pretende lograr, sin descuidar los pro y los contra de las circunstancias particulares que se conocen de antemano.

II

Situación 1

– "Yo, mientras siga acá (se refiere a un penal) me pongo la piel de cordero. Hago conducta, me porto bien, trabajo, hago todo lo que tengo que hacer, y trato de no meterme en líos. Así capaz que me viene una reducción de pena o una conmutación. El otro día se me hizo una junta (para evaluar la reducción de pena) y me salió bien aunque todavía no tengo un resultado definitivo. Todos estuvieron de acuerdo en que soy un buen preso. Durante la entrevista, alguien me preguntó por qué había delinquido. La pregunta me agarró de sorpresa, pero contesté que fui demasiado ambicioso, muy apresurado para lo que quería conseguir en la vida. Ahora entiendo que estuve equivocado. Fui demasiado rápido. Ahora lo que me importa es salir de acá, porque yo no pertenezco acá. Y así voy a seguir hasta que pueda salir. Tengo que seguir teniendo puesta la piel de cordero porque si no las cosas se me van a complicar. Y yo no quiero líos. Lo único que quiero es salir y para eso tengo que portarme bien. Eso es todo.

– ¿Pero de tu vida futura, cuando estés en libertad, de tu hijo?

– Por eso te digo, creo que no me estás entendiendo. Me voy a quedar así como estoy, con la piel de cordero, tengo que convencer que cambié. También por mi hijo...

– ¡Ah!..."

Situación 2

—“Pero la vez pasada, hace cosa de dos meses, me dijiste que te ibas a dedicar de lleno a memorar la situación de tus hijos. Que la cárcel por más ruda que estuviese siendo, te está sirviendo para pensar sobre tu vida pasada y que, por fin, habías aprendido. Que habías sido demasiado porfiada. Que ahora la familia era prioridad para sacar adelante, porque todos tienen problemas. Y había que apuntalar a la abuela que ya está un poco mayor. Además está el más chico. Y ahora te encuentro embarazada y con una nueva pareja. ¿¿Dónde va a vivir Miguelito?!”

— Bueno, por ahora, sigo detenida pero pronto me viene la condicional. El chiquito se queda con la abuela porque ya está acostumbrado. Los otros son más grandes. Yo me voy a vivir a una casita que hicimos (con su pareja actual). Espero que éste (señala su panza crecida) sea mi último hijo, porque estoy un poco cansada. Pero él (su nuevo marido) es piola, me llevo bien con él.

— ¿Y las chicas, dónde están?

— Están todas bien.

— ¿Te sentís bien?

— Estoy bien. Me siento segura.”

III

La historia de la relación antropológica de estas dos personas es larga. Horas de conversación mantenidas en un tono íntimo, casi confesional. Como si nada saliera de esas paredes. Aún a sabiendas de la ubicuidad de la interlocutora antropológica, cada uno de ellos no se privó de acomodar la situación que se les ofrecía “de la nada”, para desgranar, una a una, sus palabras. Con ambos, cada uno por su lado, se tomaron todos los recaudos metodológicos y éticos posibles, habiendo cintas grabadas y textos escritos de por medio. Ellos las oyeron una y otra vez o les meditaron en horas interminables. Hubo correcciones, se completaron lagunas del discurso y, después, una sensación compartida de que todo este esfuerzo no había sido en vano. Ni para recoger sólo “información” desde el punto de vista del investigador, ni para pasar un rato entretenido en la árida vida carcelaria, de parte de ellos. Algo más había estado en juego y cada uno a su manera le fue tomando un sabor propio a esas ben-

ditas entrevistas. Cada uno, a su manera, fue armándose de coraje para entrever más allá de las rejas y las condenas, e incluso, más allá de lo que la teoría social y criminológica, y la enorme experiencia de quienes están en esto desde hace mucho, presagian.

Tuvimos, un poco por casualidad, la oportunidad de revisar el orden de nuestras vidas y tener un momento de paréntesis. Nadie hizo reproches o forzó cambios en su interlocutor; nada más que hablar y dejar hablar.

A lo largo de estos diálogos se fueron desplegando convicciones acerca de lo que fue y de lo que se deseaba. Para ello se necesita tomar decisiones, muchas veces durísimas pero con el convencimiento de que son correctas. La toma de decisiones acerca de cómo debe cambiarse lo que se sabe que estuvo mal y que, en sentido profundo, ya no puede modificarse, es un camino difícil. Deben generarse certidumbres, y ellas sólo crecen entre los vínculos. La relación antropológica fue elegida, en estos casos, para llevar adelante el trabajo.

IV

En una revisión rápida de la teoría antropológica, tanto la acción como el significado se han considerado generalmente desde una perspectiva colectiva. Aún cuando se trata de una disciplina “del caso”, quizá tanto como el derecho(3) poco se ha dicho sobre la acción individual y su relación con los significados que están a su alrededor. En las llamadas “grandes teorías” (funcionalismo, estructuralismo, por ejemplo) la acción concreta de las personas es convocada en virtud de las limitaciones puestas por los sistemas sociales o culturales: normas, reglas, prohibiciones, internalización de mandatos. En otras palabras, reflejo de lo que debe hacerse, las personas nos acomodamos y hacemos nuestro lo que la sociedad “mayoritaria” indica como bueno, justo o correcto. La acción individual es, básicamente, acción tipificada. O, como epifenómeno de estructuras colectivas que, por inconscientes, se respetan con escasa capacidad de reflexión. La acción individual queda legitimada, según estas teorías, por la sociedad o la cultura, que son dado-

ras de sentido. En ellas se abreva, y sólo en ellas, para llevar a cabo la trayectoria de una vida cualquiera.

Las concepciones actuales revisan el propio concepto de cultura, en especial su carácter prescriptivo(5, 6), buscando nuevos conceptos que puedan captar ámbitos de las vidas cotidianas que por mínimos tienen pertinencia para la acción colectiva. Los pequeños trazos que deja la vida de personas sin importancia, como nosotros aquí, están siendo de interés para una antropología que inscribe sentidos, partidaria de teorías de alcance medio que sirvan no sólo para la comparación sino también, y en especial, que pueda anudar su discurso disciplinario a los problemas con que la gente tropieza e intenta solventar.

Uno de estos conceptos es el de “micropráctica”(7), usado para analizar formas esporádicas, de corto plazo y si se quiere bastante espontáneas de dislocar el estado de cosas vigentes en distintos ámbitos (explotación laboral, sexual, uso de sistemas alternativos de medicina).

Sin embargo, tal como estoy presentando el tema aquí, el concepto de “micropráctica” sigue manteniendo un nivel distinto al de la acción individual, ya que contempla situaciones que generan cambios en las formas establecidas de los distintos ámbitos sociales. Desgajadas y enfrentándose con las grandes estructuras sociales, las microprácticas son decisiones que se toman al menos en un mínimo colectivo, retomando acuerdos que justifican dichas acciones. Una vez concretadas, los pactos pueden o no permanecer pero ya han cumplido con su cometido y eso es lo que se quería lograr(4).

Si bien muchas de las situaciones en que la antropología introduce su visión conceptual podrían calificarse de “extremas”, algunas de ellas se montan en características que no permiten la acción colectiva. La pena privativa de la libertad parece ser una de ellas⁵. Sin embargo, en otros aspectos no parece diferenciarse demasiado de cómo actuamos también cualquiera de nosotros en cualquier situación frente a la necesidad de decidir.

Lo que quiero decir es que para encarar un curso de acción necesitamos formar convicciones: sobre los pasos concretos a seguir, sobre cómo podrá llevarse adelante con éxi-

to, sobre sus ventajas y desventajas pero, por sobre todo, su corrección. Esto es, justificar la acción por medio de alguna certidumbre, que bien podríamos llamar "creencia". En casos de fenomenal dureza, estas convicciones se alimentan en soledad, quizá con ocasionales interlocutores pero no mucho más. No se trata de acciones concertadas, que pretenden cambios que podrían beneficiar a muchos, o a algunos. Es ante todo una acción que busca desarrollarse en beneficio de uno mismo, aunque claro está, uno nunca está solo. Accesoriamente, los eventuales mejoramientos podrán involucrar también a otros, pero la atención está posada en los pasos que uno mismo dará en busca de aminorar el sufrimiento, y en estos casos, también de la libertad, sea como sea concebida por cada uno.

La pregunta que sigue es si este tipo de relación entre creencia y acción puede ocupar, con relevancia, la atención conceptual de una disciplina como la antropología. Quizá tuviera más que ver con rasgos biográficos o familiares de las personas involucradas. Ello puede ser así, aunque sin desmedro de lo que la antropología pueda decir desde un punto de vista colectivo. Lo que me interesa marcar es el fenómeno de la adjudicación que señala una acción cualquiera. Ese conjunto de motivos que se van elaborando, nacido con cautas contemplaciones de posibilidades y límites se van tornando paulatinamente tangibles y alcanzables. Están cada vez más cerca; cada vez se hacen más posibles. Se transforman, entonces, en convicciones. Allí ha llegado el momento de su transmisión, discursiva o práctica, y, por ende, se "hacen realidad". Se vuelven legítimas en virtud de exigencias nacidas de situaciones especiales.

La "piel de cordero" fue, al principio, una forma de decir, palabras para hacer entender a los demás que se va a portar bien porque pretende la libertad, tras una larga condena. La metáfora que, en su origen, pudiera querer disfrazar las "verdaderas" intenciones de esta persona, poco a poco se va haciendo una convicción. En ningún momento puede descansar de esta nueva piel, porque si lo hace pone en riesgo su estrategia. Y allí se juega su vida, su libertad y su integridad. No puede tomarse

ni un segundo de calma. Siempre al acecho, "la piel de cordero" legitima cada uno de sus pasos: con quién habla y con quién no, qué visitas autoriza y cuáles otras no, cuáles audiencias pide o qué cartas escribe y a quién. Con quién se junta y qué va a decir, término por término, frente a diferentes interlocutores. Una singular y extenuante actuación que le permite sobrevivir y proyectarse más allá de su pena de detención. Y sus ac-



ciones tienen convicción. Él, sin duda, las cree y pretende lo mismo de los otros. Aunque él diga que esa piel es un mero escarpate, no puede sacársela de encima al menos por el tiempo en que permanezca en la cárcel, o quizá si cambiaran drásticamente sus condiciones de privación de la libertad. Hoy ninguna de sus pieles es menos artificial que otra.

Pero las convicciones sufren cambios drásticos; así como así, de un momento para otro, ya las cosas no son como se deseaba que fuesen en algún momento. Producto de las circunstancias, deben hacerse nuevos enunciados frente a transformaciones importantes en el curso del cumplimiento de las condenas. Esta es la segunda de las situaciones presentada. La introducción de la antropología reproducida en el diálogo es, a todas luces, poco atinada. Un dejo de recriminación se planta en medio de una relación que se basaba, hasta ese momento, sólo en un discurrir sin sobresaltos sobre los hechos de la vida de una y de otra. De pronto, hay una "desagradable" sor-

presa frente a una asignación novedosa de motivos. La mujer no se explica mucho en justificar frente a lo que la interlocutora interpreta como cambios. Ella da verosimilitud a una cosa, o a otra (quizá del todo contraria a la anterior), en la medida que permite hacer dentro de los límites establecidos por la ley penal, convenientemente interpretados. No es que unas convicciones (aliviar la situación de su familia) sean mejores que las otras (formar un nuevo núcleo familiar con otro hijo en camino). La sorpresa viene del lado del punto y aparte que ella parece querer escribir entre su pasado y un presente orientado al porvenir. ¿Es que estuvo mintiéndonos y mintiéndose? De aquí en más, ¿a qué le daremos crédito? ¿O es que nos sentimos traicionados en nuestro puesto de confianza?

Preguntas parecidas se formulan los decisores jurídicos y, en otro calibre, las personas comunes y corrientes ante las argumentaciones de gente detenida que intenta poner un dejo de razonabilidad a su situación. Desprevenidos de los avatares de una semántica sometida sin piedad a la acción(3, 8), pretenden casi siempre denotar un rasgo de mentira o verdad. Implacables, discriminan entre lo que es y lo que parece ser. Entre lo que simulan y lo que sienten "realmente", entre lo que esconden y lo que muestran, entre la voluntad de ocultar y las distintas máscaras que van usando y desechando según sea la ocasión.

El disgusto y la mala fe de quienes estamos de este lado de las rejas no pueden compararse con la magnitud de las que tienen "ellos", los que han infringido la ley. Algo terminante, que va más allá de las rejas, nos separa.

Quizá, como conclusión, podamos ensayar una respuesta que acorte esa terrible distancia—epistemológica y moral—que incide en la percepción social del delito y, además, en los cursos precisos que van tomando las causas penales propiamente dichas.

Las convicciones están en un primer plano. Son parte de nuestras formas de ser y, en un sentido extremo y dudoso, de lo que suele llamarse "naturaleza humana". El pragmatismo filosófico actual(1) no da cabida a tamaño concepto porque nada

aporta en cuanto a rasgos específicos que hagan de nosotros, o de nuestra forma de ser, algo "superior" a otras maneras de enfrentar y resolver los problemas de la vida. Pero, en ocasiones, la idea de "naturaleza humana" está tan arraigada que es difícil desterrarla sin que se lleve con ella parte de una realidad. Por eso, sin discutirla aquí, quiero enfatizar los pormenores de su uso moral en cuestiones relativas al delito.

La confianza en la idea de "naturaleza humana" tiene carácter fundacional: los hombres somos de una determinada manera, y no de otra, al menos en lo que respecta a un devenir "medio" de la vida. Desde luego, tiene cambios históricos pero que no hacen mella en la índole que se le pretende dar. El hombre "medio" es la encarnación de los valores que hacen posible la vida en sociedad. El contenido específico de esos valores es contingente. Es el "molde" lo que interesa para evaluar cualquier perfil que se avenga o no a lo que se espera de él.

Y aquí sucede una tajante distinción entre el "nosotros" y el "ellos", una brecha que nos separa y que alimenta una "naturaleza" dividida, insostenible para cualquier concepción que se precie de genérica: nuevamente la pregunta "qué es el hombre" es incontestable(1).

Se espera de "ellos" que sostengan convicciones como producto estable de su pasaje por este mundo: coherentes, deben fundar y guiar la trayectoria vital. Es la convicción "como producto" de un decir y hacer en el mundo quien inspira confianza a una forma de vida que ha rondado el camino del delito y se dice que ya no se quiere. Las intenciones de cambio serán consideradas genuinas en tanto se legitimen en razonamientos que alcancen un grado de credibilidad "adecuado". Se les exige una refundación de sus creencias, acorde con las normas generalmente aceptadas. Pero cambios verdaderos son aquellos que prometen concretarse con un carácter de obligación. "Tienen que" cambiar (re-formarse) porque no se les cree; lo que dicen no tiene valor, ni aún desde una posible plataforma desde donde efectivamente realizar esos cambios: aquí las buenas intenciones, las promesas motivadoras, el ejercicio de la imaginación para ensayar no son recursos simbólicos con los que puede contar, como cualquiera de "nosotros".

Por el contrario, para "nosotros", si toleramos celosamente una adjudicación circunstancial de razones porque "las cosas cambian". Justificamos en tanto necesitamos apoyarnos en "buenos" argumentos para dar sustento a esas abruptas rupturas en nuestros conjuntos de creencias; y, para colmo, es negociadora porque no nos olvidamos que debemos imprimir a nuestras vidas ilaciones aceptables.

Otorgamos para "nosotros" lo que decididamente negamos en este "otro-delincuente". Le recriminamos que use multiplicidad de disfraces ("hacer conducta", ponerse "la piel de cordero", "yo no tengo la culpa de lo que pasa", "yo no aguanto más", "son todas gilladas" y cosas por el estilo) o que disimule lo que estamos seguros de divisar por detrás de esas formalidades: "lo dice porque le conviene", o "no le queda otra", o "es una mentira", o "vas a ver cuando salga" son todas expresiones usadas por el "nosotros" para referirse a la índole adjudicada de las creencias (de "ellos") que está apegada, como en todos nosotros, a un estilo rupturista porque se manifiestan en un campo de gran tensión social; por eso mismo nos es completamente familiar. Nosotros, como ellos, tomamos decisiones basados en creencias que nacen y se hacen de las circunstancias. Nosotros, como ellos, armamos justificaciones *ad-hoc* para solventar inoportunos cambios en las condiciones de los climas sociales, comunitarios o personales. Nosotros, como ellos, somos parte interesada del juego de la vida y deseamos tomar la delantera. Dejando de lado, aquí, la índole psicológica del tema, si importa la forma discriminatoria que toma en este preciso instante.

Las creencias, cualquiera sea su origen, legitiman nuestros discursos. Y, en todos los casos, en "ellos" o en "nosotros" se forman en el transcurso de las decisiones a las que nos enfrenta la vida. En una palabra, las creencias no son —como se pretende— del todo producto de una naturaleza humana. Aún considerándola histórica y reflexiva, que sigue un hilo generacional y que pretende ser la garantía para los que vienen. Las convicciones son frágiles, se forman en la medida que necesitamos legitimar lo que decimos y hacemos.

La divisoria de aguas está puesta en el carácter obligatorio u opcional que socialmente se le otorga a una condición (optativa) de la formación de creencias, y que todos compartimos.

A quienes parecen merecer menos confianza, porque ya han roto algunas de las cláusulas del pacto de buena convivencia, se les exige que la adjudicación de motivos sea de una vez y para el resto de sus vidas. Si alguien de "ellos" ha decidido cambiar, se buscan las bases que nos muestren "realmente" que eso será así y no sólo una estrategia para "salir del paso": la desconfianza y la posibilidad de que hayamos sido víctimas de malas intenciones vestidas de persuasión ronda a cada paso. Y, ¿dónde se busca la tan ansiada credibilidad? Allí aparecen los conceptos de "rehabilitación", "reinserción", "re-educación", "reincorporación a una vida útil" que pueblan los discursos públicos, pero también las hondas aspiraciones de quienes pretenden actualizar la discusión sobre el problema de la delincuencia.

Quizá la desmesura de las exigencias impuestas tenga que ver con otra nacida de formas viejas de concebir la identidad social de las personas. Concepciones filosóficas que hacen de la racionalidad la piedra de toque de lo que nos hace "verdaderamente" humanos. Una identidad única, que es excluyente para cada persona, y que se debe mantener a lo largo de la vida igual a sí misma son imperativos que abrevan, justamente, en el concepto mismo de "naturaleza humana".

"Racionalidad-verdad-realidad" son un todo normativo que rige las evaluaciones que se hacen de la acción individual. Su legitimidad ya viene dada de modo que no es un punto que merezca discutirse. Las convicciones "deben resultar de" la incondicional vigencia universal de estas equivalencias y no, como precisamente parece serlo, de contextos particulares en donde van tomando sentidos diversos y circunstanciales.

Las decisiones que se hacen en el curso de las causas penales están próximas a este planteo. En cada instancia de cualquiera de ellas, cada dictamen se hace en relación a "la verdad": el proceso acusatorio, la eventual sentencia, los pasos de transición a la libertad y el mismo

tratamiento penitenciario. En cada una de estas instancias se exige, aún en condiciones sabidas de extremo aislamiento, que se cumplan las exigencias de verosimilitud en los argumentos que se dan para justificar las acciones (pasado delicti-

vo, presente de "pago" a la sociedad y promesa de una vida "buena"). El arrepentimiento, el sentimiento de vergüenza y la humildad son, entre los más destacados, los valores que donan credibilidad a palabras de las que, de por sí, se des-

confía. Pero si serán o no "verdaderas", o al menos traducibles en acciones fehacientes, es el difícil recorrido que deberán emprender en un camino social poco dispuesto todavía a revisar sus propias convicciones ■

Notas

1. De ella participan Wille Arrúe, Celia Biondo, Estela Robatto y Osvaldo Cafete. Somos algunos de los integrantes de una asociación civil sin fines de lucro, "Mingaco, Centro de Investigación y Acción Comunitaria", con sede en Junín de los Andes, Provincia del Neuquén (Argentina). El proyecto de investigación está financiado por un subsidio trianual de la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires (subsidio FI-072).

2. Téngase en cuenta que las localidades donde se lleva a cabo esta investigación son relativamente pequeñas. Junín de los Andes contaba en 1991 con 7.300 habitantes aproximadamente, por ejemplo (Colantuono 1995).

3. No es una afirmación capciosa. Está claro que se funda en las pruebas acumuladas en el expediente. El tema ronda por el lado de por qué considera algunas pruebas y no otras y la interpretación perso-

nal, que es paralela a la dogmática (Kalinsky op. cit.).

4. Por ejemplo, si bien la Ley Penitenciaria Federal no rige para las alcaldías provinciales, los reglamentos de orden y seguridad están inspirados en ella.

5. En todo caso, sería para analizar si el triste tema de los motines, o levantamientos, o huelgas de hambre o los demás disturbios que los detenidos muchas veces intentan contra el orden de seguridad carcelario podrían, propiamente, denominarse "acción colectiva".

Bibliografía

1. Abraham, T., A. Badiou y R. Rorty, *Batallas éticas*. Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión, 1995.
2. Colantuono, M. R. y col., *Neuquén. Una geografía abierta*. Universidad Na-

- cional del Comahue. Secretaría de Investigación. Facultad de Humanidades. Departamento de Geografía, 1995.
3. Geertz, C., *Local Knowledge*. New York, Basic Books, 1983.
4. Kalinsky, B., *Los testigos son los ojos de los jueces. La formación de creencias en los procesos penales*. Facultad de Filosofía y Letras, Instituto de Ciencias Antropológicas, Universidad de Buenos Aires, ms.
5. Keesing, R., "Anthropology as interpretative quest". *Current Anthropology*, 28 (2), 1987.
6. Keesing, R., *Creating the Past: Custom and Identity in the Contemporary Pacific*, 1989.
7. Ong, A., The gender and labor politics of Postmodernity. *Annual Review of Anthropology*, vol. 20, 1991.
8. Sahlins, M., *Islas de Historia. La muerte del Capitán Cook*. Metáfora, Antropología e Historia. Madrid, Gedisa, 1988.



**INSTITUTO
ERNA**

**ATENCIÓN INTEGRAL
DE CUADROS DE
PSICOSIS
INFANTO-JUVENIL**

*NIÑOS - ADOLESCENTES - RESIDENCIA
Atención Obras Sociales*

DIRECTOR GENERAL: LIC. F. ADRIANO RUFFO

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



PAIDOS

JANINE PUGET / ISIDORO BERENSTEIN
Lo vincular

JUANA M. DROEVEN (COMP.)
Más allá de pactos y traiciones
Construyendo el diálogo terapéutico

LUIS KANCYPER
La confrontación generacional

ARMANDO BAULEO
Psicoanálisis y grupalidad
Reflexiones acerca de los nuevos objetos del psicoanálisis

EMILIANO GALENDE
De un horizonte incierto
Paicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual

EDUARDO GIACOMANTONE
Estrés peroperatorio y riesgo quirúrgico

ROBERTO SIVAK / ADRIANA WIATER
Alexitimia, la dificultad de verbalizar los afectos

JERRY FODOR
El olmo y el experto
El reino de la mente y su semántica



LECTURAS

Jerry A. Fodor, **"El olmo y el experto. El reino de la mente y su semántica"** Paidós, Buenos Aires, 1997, 138 págs.

Escrito en el habitual estilo de su autor, a la vez ameno e irreverente, *El olmo y el experto* abre un vívido debate sobre los problemas semánticos de la representación mental, prestando especial atención al tema de la relación entre la mente y el significado, algo que Fodor ya había empezado a desarrollar en su obra *El lenguaje del pensamiento* (1975).

El punto de partida es que prácticamente todos los filósofos están de acuerdo en que una semántica referencial de la representación mental no puede servir de base a una fundamentación sólida de la explicación intencional, hasta el punto de que incluso el propio Fodor ha abrazado esa perspectiva en publicaciones anteriores. Sin embargo, *El olmo y el experto* es, en gran parte, una reconsideración de los argumentos que se supone que sirven de fundamento a este consenso. Y su conclusión es que estas consideraciones son mucho menos decisivas de lo que se ha supuesto, por lo que la única solución parece ser una teoría en la que la explicación psicológica se presente como intencional, los procesos psicológicos como dotados de naturaleza informática y las propiedades semánticas de las representaciones mentales como referenciales. Jerry A. Fodor es profesor de Filosofía de la Rutgers University y del City University of New York Graduate Center.

Willy Apollon, Danielle Bergeron y Lucie Cantin, **"Tratar la psicosis"** Editorial Polemos, Buenos Aires, 1997, 296 págs.

El tratamiento de la psicosis ha sido, desde el nacimiento de la psiquiatría, la tarea central de la misma a lo largo de los dos siglos de su existencia. El modelo clásico que propuso Pinel estaba constituido por un dispositivo que combinaba el aislamiento asilar con el tratamiento moral, ambos organizados en torno al poder omnímodo del médico y sus asistentes, quienes consideraban al alienado víctima de un desorden de sus pasiones que había que reencauzar. En el cerebro y sus membranas residía, en último término, el misterio de la locura y se confiaba en que la ciencia en su desarrollo positivo daría cuenta, tarde o temprano, de los mecanismos íntimos implicados en la génesis de la locura.

Algunas cosas fueron modificándose a lo largo de los años. Un movimiento de apertura institucional se dibujó con el *non-restraint system*. El encierro y el aislamiento asilar se suavizaron. Los métodos terapéuticos más drásticos (dusas, sangrías, vesicatorios...) se desacreditaron, pero los presupuestos teóricos básicos del cientificismo médico mantuvieron su hegemonía absoluta hasta las primeras décadas de este siglo. Varios acontecimientos mayores, se sucedieron entonces marcando sensiblemente el tratamiento y las concepciones acerca de la psicosis. En efecto, el psicoanálisis, la fenomenología, primero, la psicofarmacología y el movimiento antipsiquiátrico posteriormente, contribuyeron, de distintas maneras a transformar los métodos y los tratamientos de la locura en los países occidentales.

Cristalizaron así varios sistemas

distintivos de atención, de entre los que se destacaron con un perfil original: la política del sector en Francia, la psiquiatría comunitaria de los Estados Unidos y el dispositivo creado por Basaglia que se tradujo en la ley 180 en Italia. Más humanizados que el viejo asilo, combinando recursos de la farmacoterapia con la psicoterapia y los abordajes socioterapéuticos; con una influencia más o menos importante de distintas corrientes del pensamiento psicoanalítico; todas estas experiencias tendieron y tienden, no sin generar encendidas polémicas en cuanto a sus puntos de vista teóricos y a sus efectos, a romper el "hospitalocentrismo", la institucionalización crónica y a favorecer la llamada inserción social del psicótico.

En ese contexto histórico del tratamiento de la psicosis los autores de este libro plasman en sus páginas el resultado de una experiencia original. Inspirados por el psicoanálisis —orientado por la enseñanza de Jacques Lacan— y el etnoanálisis, pero articulando su ética con diferentes recursos tecnológicos (cuidados farmacológicos, corporales, etc.) que apuntan a evitar que los efectos de la psicosis dañen el cuerpo del paciente, los profesionales del "388" (del N° de la calle de Quebec adonde se encuentra el *Centro Psicoanalítico para Jóvenes Adultos Psicóticos*) ofrecen un lugar de tratamiento extrahospitalario en el centro de la ciudad, "allí donde los ciudadanos viven e intercambian". La toma de la palabra por parte del psicótico es la llave maestra hacia la cual está orientado todo el dispositivo de recuperación del lazo social perdido.

La medicación psicofarmacológica es utilizada con el estricto objetivo de favorecer esa toma de la palabra por el "usuario", como ellos designan a sus pacientes, de-

notando la explícita política de devolverle al mismo un estatus pleno de sujeto de su destino y combatir toda manifestación de la exclusión social.

Como alguien ha dicho, es mucho más lo que el psicótico le ha dado al psicoanálisis que lo que el psicoanálisis le ha proporcionado al psicótico. Sin embargo, en el "388" se ha inventado un marco riguroso para posibilitar las intervenciones psicoanalíticas en la psicosis así como para poder extraer las consecuencias teóricas y clínicas que se desprendan de las mismas. Dicho de otro modo: lo que se pretendió hacer por mucho tiempo, sale en el "388" del nivel de la conjetura o de lo declarativo para encarnarse en una práctica concreta atravesada por una ética explícita.

Toda la tarea realizada en el "388" es rigurosamente controlada dentro de un marco de investigación permanente y original.

A. G. y J. C. S.

Roberto Sivak y Adriana Wiater, "Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos. Teoría y clínica" Paidós, Buenos Aires, 1997, 192 págs.

La alexitimia es un constructo hipotético que puede describirse como la dificultad para verbalizar estados afectivos y diferenciarlos de sensaciones corporales; falta de capacidad introspectiva, y tendencia al conformismo social y a las conductas de acción frente a situaciones conflictivas.

Inicialmente observada en pacientes con trastornos psicósomáticos, en la actualidad se la relaciona con toxicomanías, trastornos de la conducta alimentaria, psicopatías y estrés posttraumático, y constituye un factor de vulnerabilidad somática frente a situaciones de sobrecarga psíquica.

Los autores, con una larga trayectoria de investigación y práctica clínica en el tema, revisan los antecedentes históricos de la alexitimia, las hipótesis etiológicas (biológicas, psicodinámicas y socioculturales), su relación con el estrés y la depresión, los abordajes terapéuticos posibles y las controversias actuales. Asimismo, pre-

sentan la Escala de Alexitimia UBA, una adaptación al español de la *Toronto Alexithymia Scale (TAS)*, así como el aporte de sus diez años de experiencia en el Equipo de Psicósomática de la División de Salud Mental del Hospital Teodoro Alvarez de Buenos Aires, cuyo coordinador, Roberto Sivak, ha publicado antecedentes de esta temática en nuestra Revista.

Eje de controversias acerca de su significación, origen y trascendencia, la alexitimia es objeto de numerosas investigaciones, y su estudio resulta de interés para estudiantes y profesionales del campo de la salud, el derecho y la sociología. Un libro indispensable de conocer en la clínica cotidiana

Isidoro Berenstein, "Lo vincular. Clínica y técnica psicoanalítica" Paidós, Buenos Aires, 1997, 358 págs.

Este libro es un cruce de varios caminos. Uno de ellos señala la ruta de las áreas mentales inconscientes y sus representaciones, que no son homogéneas: distintos mundos en los que vivimos simultáneamente se representan de diferentes formas. Así se describen el mundo-espacio intrasubjetivo, el mundo-espacio intersubjetivo y el mundo-espacio transubjetivo. Otro camino recorrido es el del vínculo: ver como vinculadas entre sí tantas cosas que se nos enseñó, emocional y cognitivamente, a pensar por separado –luego dedicamos parte de nuestra vida a unir las y articularlas, cuando en realidad ya lo están–.

Lo vincular es también un cruce de teoría psicoanalítica ampliada desde la concepción de vínculo en las distintas clínicas correspondientes a pacientes individuales y vinculares, por un lado, y las nociones de encuadre, material, interpretación y curación, por otro. Trabajar con encuadres psicoanalíticos varios –con pacientes individuales, con pacientes pareja, con pacientes familia y con grupos– ofrece un camino de ida y vuelta: desde la sesión individual y la teoría psicoanalítica de ella derivada hacia el conjunto, y del análisis de los conjuntos vinculares y la teoría de ellos derivada al paciente individual y su teoría.

Otros textos recibidos

Diego Zerba, María Massa (comp.) "El malestar en el Sistema Carcelario", Ediciones El Otro, Buenos Aires, 1996, 205 págs

Armando Bauleo, "Psicoanálisis y grupalidad. Reflexiones acerca de los nuevos objetos del psicoanálisis" Paidós, Buenos Aires, 1997, 195 págs.

Luis Kancyper, "La confrontación generacional" Paidós, Buenos Aires, 1997, 204 págs.

Roberto Fernández Labriola, Antonio Pacheco Hernández (comp.), "Nuevos aportes latinoamericanos en psiquiatría biológica" Cangrejal Editores, Buenos Aires, 1997, 254 págs.

Bärbel Inhelder, Guy Cellérier, "Los senderos de los descubrimientos del niño. Investigaciones sobre las microgénesis cognitivas" Paidós, Buenos Aires, 1996, 309 págs.

SEÑALES

Sobre el XIX Congreso Latinoamericano de Psiquiatría (APAL) y XIII Congreso Argentino de Psiquiatría de APSA

Muy interesantes fueron para nosotros las experiencias vividas en el Congreso Argentino y Latinoamericano de Mar del Plata, entre los días 9 y 13 de abril del corriente año.

"Este Congreso fue diferente", se escuchó decir por los corrillos, y aún siguen sonando los ecos del mismo. Esa es la sensación general, y cada uno se las arregló para aprovechar al máximo lo que el encuentro ofreció.

Por ejemplo, a nosotros, un grupo de santafecinos, nos llamó la atención la presencia de los franceses, con su mensaje viejo pero siempre renovador en este tiempo de globalización y tanta diversificación.

Será que nos habita un nostálgico recuerdo por lo antiguo y por lo clásico, lo que nos hace estar un tanto resistentes a la infinita enumeración y descripción fenoménica sin que ello nos posibilite ese intento claro de posesionarnos como clínicos frente a lo que emerge delante nuestro.

Aplaudimos y felicitamos a los componentes del Capítulo de Historia, que nos trajeron vivos recuerdos de aquéllos que abrieron nuevos surcos en la Psiquiatría de nuestro país.

¡Una vez más la nostalgia!

Pero no es sólo nostalgia.

No se puede seguir construyendo ni avanzando si se desconoce la historia.

Y aquí aparece la figura de un grande no suficientemente ponderado entre nuestras filas; nos referimos al Dr. José Ingenieros, hombre culto y versado, dueño de un pensamiento propio, capaz de exponer su saber y rico en su profusa producción.

Él nos honra por ser un pionero en nuestra disciplina y por haberla enaltecido; por ser un estudioso y un investigador, no sólo un técni-

co sino por sobre todo un pensador. Si su espíritu se hubiera prolongado en el tiempo, hoy nuestra especialidad no estaría tan en duda acerca de su identidad.

Su sucesor, en la Cátedra de Medicina Legal, que accedió a la misma por ser pariente del presidente, inauguró –sin saberlo quizá– una generación de mediocres.

Esta generación de psiquiatras, a la que pertenecemos, se está poniendo en el espíritu de Ingenieros, de reencontrar lo perdido, reactualizar lo conocido re-situando a la psiquiatría como a una especialidad de la Medicina. Esto es lo que se siente a partir de Tucumán, Madrid y Mar del Plata.

En Santa Fe las cosas también se han puesto en movimiento, y el trabajo se está proyectando más allá de los límites de la aldea, y de convertir en realidad un viejo anhelo de trabajar junto a los rosarinos y a los amigos de todo el litoral.

Recientemente se realizaron las Jornadas "Psiquiatría y Ley" auspiciadas por la Asociación de Psiquiatras de Santa Fe, APSA, y la Facultad de Derecho de la UNL con la presencia de tres especialistas de nivel internacional, como lo son el Dr. Julio Arboleda Flores, del Canadá, del Dr. Rubén Hernández Serrano, de Venezuela, y del Dr. Luis Miranda Sa, del Brasil, así como del Decano de Derecho, docentes de la misma Facultad, y de numerosos Jueces, Senadores y Diputados de la Provincia, y colegas en general, que dieron a las Jornadas el brillo y la riqueza esperados.

Los objetivos planteados quedaron formulados de la siguiente manera:

- A partir de lo expuesto y debatido, la Facultad de Derecho estudiará la posibilidad de incluir como materia de la curricula para la carrera de abogado, de la asignatura "Medicina Legal y Psiquiatría Forense".

- A partir de la fundamentación dada, y de lo expuesto por los funcionarios del área se dispuso el estudio de factibilidad para la creación del "Instituto de Psiquiatría Forense" en el ámbito de la Provincia de Santa Fe.

Cabe señalar aquí, que con el auspicio del Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba; del Colegio de Médicos de Santa Fe y de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional del Litoral, se está llevando a cabo el curso de especialistas en Medicina Legal. En este contexto tuvieron cabida las Jornadas arriba mencionadas.

En este curso, que ya se encuentra en su segundo año, cinco psiquiatras de nuestra Asociación accederán al título de Médicos Legistas.

Juan Carlos Liotta

Corresponsal de Vertex en Santa Fe

Estudio genético de predisposición al Trastorno Bipolar

Servicio de Psicopatología Hospital Piñero

El 21 de abril comenzará un Estudio genético de predisposición al Trastorno Bipolar, en el marco de un convenio firmado entre el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y el Laboratorio de Biología Molecular –con sede en la Fundación Campomar– subsidiario de la Empresa Genset, con sede en París, Francia. El laboratorio Genset es un consorcio en el que participa el gobierno francés y empresas privadas, que se encuentra abocado a la investigación del Genoma humano.

Este Estudio cuenta con la aprobación de los Comités de Bioética y Docencia e Investigación del Hospital Piñero; la Secretaría de Salud Pública; el asesora-



CENTRO PSICOPATOLOGICO ARANGUREN s. r. l.

CASA DE MEDIO CAMINO Y HOSTAL

Rehabilitación de enfermos mentales moderados y graves en una residencia de puertas abiertas

Una opción novedosa y diferente

Solicitar entrevista de admisión sin cargo al 431-6396

miento de la procuración y la firma del Jefe de Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Se entrevistará a familias con alta prevalencia de Trastorno Bipolar (es necesario que tengan 2 familiares consanguíneos con este diagnóstico y por lo menos 2 familiares sanos). A cada uno de ellos se les extraerá una muestra de 30 ml. de sangre.

Para más datos contactarse con los responsables científicos del Estudio, Dr. Carlos de Lajonquiere y Dra. Mónica Chan, personalmente o al Tel. 631-1352.

La rehabilitación en Salud Mental frente al siglo XXI

25 y 26 de agosto de 1997
Centro Cultural
Gral. San Martín

Organiza: Departamento de Rehabilitación, área Asistencial de Internación Psiquiátrica. Hospital José T. Borda.

Auspicia: Departamento de Docencia e Investigación del Hospital José T. Borda. Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Asociación de Profesionales del Hospital José T. Borda.

Comisión de Jornadas: Dr. Aldo Imbriano; Lic. Martha Greco; T. O. Sara Daneri; Lic. Cristina Garland; Lic. José Valenzuela.

Temática:

- Modalidades de abordaje en rehabilitación y reinserción social en la asistencia de la internación psiquiátrica

- Espacios sociales y creativos y alternativas posibles que permitan al sujeto en situación de ruptura con su entorno, no quedar fijados a un lugar de residuo social

Presentación de trabajos libres hasta el 1 de julio

Informes: Hospital José T. Borda, Secretaría de Docencia e Investigación. Ramón Carrillo 375, Buenos Aires, República Argentina.

IV Jornadas de uso racional de Psicofármacos

Auspiciadas por el Grupo Universitario de Neuropsicofarmacología, 1era Cátedra de Farmacología de la Facultad de Medicina de la UBA, se realizarán el viernes 4 y sábado 5 de julio de 9 a 18 horas en el Marriott Plaza Hotel, Florida 1005, Buenos Aires.

Los temas a tratar serán:

- Mecanismo de acción de antipsicóticos
- Nuevos antipsicóticos
- Antipsicóticos atípicos: Nuevas estrategias en el tratamiento de la esquizofrenia
- Metabolización de psicofármacos por el sistema citocromo P450
- Mecanismo de acción molecular

de drogas terapéuticas y de abuso

- Cocaína: cambios adaptativos neuronales y tratamiento farmacológico
 - Uso racional de psicofármacos a largo plazo en el trastorno de pánico
 - Tratamiento farmacológico del trastorno límite de la personalidad
 - Neurotransmisión serotoninérgica y antidepresivos ISRS
 - Mecanismos de acción de los modernos antidepresivos (CDI)
 - Farmacología e indicaciones de antidepresivos duales
 - Bases bioquímicas de la memoria
 - Trastornos sexuales por psicofármacos
 - Psiconeuroinmunomodulación
 - Psicofarmacología en pediatría I: Trastorno obsesivo compulsivo
 - Psicofarmacología en pediatría II: Trastorno por déficit de atención
 - Uso racional de benzodiazepinas
- Coordinador: Dr. Luis María Zieher

Conferencistas: Doctores L. M. Zieher, S. Mazaira, H. Bertera, G. Jufe, I. Elenitza, L. Estrada, D. Leiderman, N. Zelaschi, D. Fadel, G. Finvarb, F. Gómez, L. Guelman, M. Zorrilla, D. Thierer, A. Alvano, D. Cohen, A. Cía, M. Nemirovsky y S. Wikinski.

Inscripción sin cargo en el lugar del evento el 4 de julio a partir de las 8 horas.

Se otorgarán certificados de asistencia.



INSTITUCION PSICOTERAPEUTICA

Témpora
Card
Asóciase

Para una situación difícil Témpora es una Institución confiable

Dir. Gral.: Dr. Felipe Díaz Usandivaras

Dir. Médico: Dr. César Luchetti

Internación Institucional Breve

- Desintoxicación
- Depresión
- Excitación psicomotriz
- Descompensación
- Consumo compulsivo
- Cambio de Medicación
- Ideación suicida

Consultorios Externos

Programa: Adicciones - Bulimia y anorexia - Violencia familiar - Discapacidad

Residencia Terapéutica Intermedia: Hostal

Un lugar donde vivir temporariamente sin estar internado, con la asistencia adecuada. Para cuando no es conveniente vivir solo ni con la familia de

Soler 5951/61
1425 Capital Federal
Tel.: 771-8114 y Rotativas

Centro de crisis

- Urgencias domiciliarias Psicológicas y Psiquiátricas
- Urgencias institucionales
- Internación domiciliaria
- Acompañamiento terapéutico

Centro de día

- Proceso terapéutico grupal con talleres creativos centrados en las habilidades personales
- Programas de 4 y 8 horas



III Congreso Mundial de Estados Depresivos

**Simposio Internacional de Anorexia Nerviosa y Bulimia
1997, 10 al 13 de setiembre Mendoza - Argentina**

Sede del Congreso: Centro de Congresos y Exposiciones "Emilio Civit" Avda. Peltier 611.



Una vez más nos comunicamos con Ud. a fin de informarle sobre la realización del III Congreso Mundial de Estados Depresivos y Simposio Internacional de Anorexia Nerviosa y Bulimia a realizarse los días 10, 11, 12 y 13 de setiembre de 1997 en Mendoza, Argentina.

Este encuentro internacional, que forma parte del calendario de eventos científicos de la División de Salud mental de la organización Mundial de la Salud (O. M. S.), brindará a los asistentes la oportunidad de un enriquecimiento profesional en lo relacionado con los capítulos de la Salud Mental de tanta actualidad, como son los Estados Depresivos y los Trastornos de la Alimentación. Para ello contamos con la activa participación de las más prestigiosas y reconocidas figuras del mundo de la Psiquiatría.

El éxito alcanzado en el II Congreso nos obliga a esforzarnos para lograr el máximo nivel de excelencia y calidad científica. Para ello estamos trabajando con el mayor entusiasmo y dedicación.

En esta oportunidad se abordarán aspectos epidemiológicos, etiopatogénicos, clínicos, terapéuticos y socio-culturales en relación a las temáticas principales del evento.

Prof. Dr. Jorge Nazar

Auspicios

Dirección de Salud mental de la O.M.S., Asociación Mundial de Psiquiatría, Federación Mundial de Sociedades de Psiquiatría Biológica, P. D. T. Internacional, Colegio Latinoamericano de Neuropsicofarmacología, Asociación Latinoamericana de Psiquiatría, Asociación de Psiquiatras Argentinos, Colegio Argentino de Neuropsicofarmacología.

Presidente: Jorge Nazar.

Vicepresidente: Fernando Linares.

Secretaría General: Silvia Salzman de Cirasino, Gloria Wehbe de Nazar.

Secretaría de Relaciones Profesionales: Ricardo Bianchi, Roberto Fernández Labriola, Jaime Smolovich, Ronaldo Ucha Udabe, Juan José Vilapriño, Aníbal Yaryura Tobías.

Secretaría de Publicaciones: Juan Carlos Bacha, Alicia Córca de Antún, Santiago Nazar, Carlos Soria.

Secretaría de Finanzas: Benigno Gutiérrez.

Comité Científico: Juan C. Bacha, Norberto Espinosa, Roberto Guembe, Benigno Gutiérrez, Ramón Piezzi, Eduardo Rodríguez Echandía, Ricardo Sardi, Manuel Sánchez Richards.

Programas de Actividades Científicas

Sesiones Plenarias

- Depresiones refractarias.
- Depresiones crónicas.
- Distimias.
- Nuevos Enfoques Terapéuticos Farmacológicos de los Estados Depresivos.
- Epidemiología de la Depresión.
- Depresión y Medicina Interna
- Genética y Depresión.
- Comorbilidad de la Depresión en Psiquiatría
- Depresión, Niñez y Adolescencia.
- Depresión, Suicidio y Cultura Contemporánea.
- Nosología y Nosografía de la Depresión.
- Aspectos Interdisciplinarios en Depresión.
- Psiquiatría, Biología y Depresión.
- Psicoterapia y Depresión.
- Perspectivas de la Depresión en el siglo XXI (O.M.S., W.P.A.)
- Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Cultura Contemporánea.
- Aspectos Preventivos y Sociales de la Depresión.

Informes e Inscripciones: Departamento de Psiquiatría, Facultad de Ciencias Médicas UNC, Parque Gral. San Martín, Casilla de Correo 33 ó 470, (5500), Mendoza, Argentina
Tel.: 54-61-20-5020 / 20-5115, int. 2617/2619. Fax: 54-61-29-5662 / 38-0232.

e-mail: afesta@raiz.uncu.edu.ar

e-mail: postmaster@fmed2.uncu.edu.ar

Henri Ey, 20 años después...

Eduardo L. Mahieu Médico psiquiatra. Prof. de Clínica de la psicosis e Historia de la Psiquiatría. Escuela de Graduados. Fac. de Medicina. Univ. Nac. de Córdoba. Domingo Zúpoli 1892 - 5009, Córdoba. Tel.: (051) 80-4854.

El 8 de noviembre de 1997 se cumplirán 20 años de la desaparición física del inolvidable maestro de Bonneval. Desaparición física, decimos, porque su pensamiento y su espíritu, están más vivos y vigentes que nunca, en una revalorización mundial de su obra psiquiátrica, filosófica, histórica y militante, habiendo pasado, como dice Garra-bé, esos años de purgatorio que la *intelligentzia* francesa impone a los grandes, antes de franquearles la puerta de su *panthéon* de los inmortales.

Con ese motivo se realizará en octubre de este año en Perpignan, capital de su Cataluña francesa natal, un *Coloquio Internacional sobre la Actualidad de la Obra Psiquiátrica y Filosófica de Henri Ey (1900-1977)*, con la participación de distinguidos ponentes de Europa, América del Sur y del Norte, y de Japón. Me parece también que es la ocasión más apropiada para que en una publicación argentina de psiquiatría, aquellos que reconocemos en él al maestro por antonomasia –maestro de medicina y maestro de conducta– rindamos nuevamente homenaje a su memoria, rescatando emocionadamente su recuerdo, su luminoso mensaje, la universalidad de su saber de rigurosa ciencia, y la refinada belleza del estilo de su obra. Obra, que sintetizando ese *esprit de geometrie* y ese *esprit de finesse*, que constituyen la esencia del alma francesa –y al decir de Pascal, son los “dos medios paralelos y complementarios de ir hacia la verdad”– refleja toda su vastísima cultura humanística.

En la dignidad de su vida, y la visionaria hondura de su obra, lección perenne del más auténtico espíritu hipocrático (la medicina es



Henri Ey (1900-1977)

ciencia y conciencia); en la apasionada y lúcida lucha de toda su existencia en defensa de una concepción de la psiquiatría como ciencia médica; integral en su visión del hombre enfermo en su alma, como integral es el verdadero modelo médico –bio-psico-social por naturaleza y por esencia–; pero fundamentalmente ética por la misión primera de toda medicina nacida de la fraternidad humana –curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre–; es que rescatamos su ejemplo de hombre universal de su tierra y de su tiempo.

Como él mismo escribió, definiéndonos y señalándonos nuestra misión, en esa hermosa página de su pequeño gran libro *Defensa e Ilustración de la Psiquiatría*, redactada cuatro meses antes de su muerte, como una meditación, mensaje y exhortación a los psiquiatras de hoy y de siempre: *El psiquiatra es un médico*. Cuando L. Bonnafé, en los textos en que hacía alusión

más arriba, habla del alienista como “desalienante”, indica en forma bien efectiva la función esencial de la psiquiatría y del rol que debe jugar el personaje del psiquiatra: curar, es decir, normalizar, es decir liberar al paciente de la enfermedad mental que lo priva de su libertad.

El psiquiatra debe ser un hombre de equilibrio, de ponderación y de tolerancia para asumir su función terapéutica en general y psicoterápica en particular. Por que –que quede bien claro– el médico que es su deber ser, no es el de la fría sala de operación aséptica, ni el de los ejercicios y rendimiento de laboratorio, ni siquiera el del médico práctico que trata “afecciones orgánicas” como se definen generalmente

las enfermedades de la vitalidad. El médico psiquiatra ideal debe ser un médico que, teniendo la doble función de *comprender y explicar* las enfermedades mentales para poder tratarlas, debe –todo ello a la vez– ser capaz de ir muy lejos en la psicología de las profundidades de las motivaciones inconscientes y fantasmáticas (a la fuente de los sueños y de las imágenes que son las raíces de la locura humana en general, de la que se nutren las formas psicopatológicas particulares a cualquier nivel que se constituyan), pero también de conocer la desorganización, el proceso que desgarrar ese tejido siguiendo los puntillados de su vulnerabilidad orgánica. En el fondo debe, para ofrecer su imagen ideal, ser a la vez intuitivo y romántico, pero también biólogo y racionalista y, para decirlo todo y todo resumirlo, “ser lo bastante sabio en la ciencia de la naturaleza de los hechos psicopatológicos específicos como para

no confundirlos con la locura general de los hombres”.

Nacido con el siglo, el 10 de agosto de 1900, Ey representará la psiquiatría de este siglo. Vio la luz en Banyuls-dels-Aspres pequeño pueblo del sudeste de Francia en el Pays catalán del Rousillon, tierra de viñas y de vinos, recostada sobre los Pirineos orientales, y la frontera española, acariciada por las eternamente azules aguas del mediterráneo, y de donde también eran originarios Pinel, Esquirol y Magnan. En ella cursó sus estudios primarios y secundarios, y allí nació en su infancia su vocación por la psiquiatría, como él lo relata, emocionadamente, en la primera página de *La notion de schizophrénie* “...Cuando era niño y bajaba desde la montaña a Céret, encontraba un hombre extraño que todo el mundo llamaba ‘loco’; como a todo el mundo me impresionaba lo extraño de su apariencia. En un medio cultural como aquél, el del Vallespir, era presa de la angustia y el miedo... Aquella era la imagen a la que me refiero hoy para hablar de esquizofrenia, esta imagen impregnada de enigma fantasioso y fantástico que, durante toda mi vida, he tratado de comprender...”.

A ese terruño amado regresaría después de su retiro, en 1971, para morir, el 8 de noviembre de 1977 en la misma vieja casa solariega de su familia de vicultores donde había llegado al mundo, y desde cuyo jardín se divisa la nevada cumbre del Canigou, la montaña sagrada de los catalanes. El alma de la raza de esa tierra, alternativamente ibérica y francesa a lo largo de la historia nos revela la clave de su amor por España y lo español; por la tauromaquia que lo impulsó a tentar el ruedo en su juventud; por Lain Entralgo y por Dalí; y por la lengua castellana, en la que escribió dos de sus libros: *Ensueño y Psicosis* (Lima 1948) y el cautivante *Estudio sobre los delirios* (Madrid 1950) así como su deslumbrante ponencia al *Symposium sobre Esquizofrenia* de Madrid de 1957 sobre *La Esquizofrenia según la concepción órgano-dinámica* (aún no traducido al francés, que sepamos) que nos atrapó en aquellos años juveniles de nuestros comienzos en la psiquiatría por esa particular alquimia de su verbo: ciencia y poesía.

En Toulouse inicia sus estudios de medicina, que continúa y culmina en París en 1923, mientras paralelamente frecuenta la Sorbona y la vida bohemia del *Quartier Latin*, obteniendo igualmente la licenciatura de filosofía. Desde su graduación como médico y durante diez años se desempeñará como interno por concurso de los *Hospitaux Psychiatriques de la Seine*, de París, en los servicios de Guiraud, de Marie, de Capgras, y desde 1931 a 1933 como jefe de Clínica de Claude en Sainte-Anne (profesor de la cátedra de Enfermedades Mentales y del Encéfalo desde 1922 hasta 1939, y el primero en abrir las puertas de la misma, y de su servicio, a los fundadores del psicoanálisis en Francia: Laforgue, Hesnard, Sockolnicka). Reconocerá a Henri Claude como su maestro, recordándolo con gratitud en sus escritos, y otro interno, amigo inseparable y adversario teórico irreconciliable, Jacques Lacan, será su compañero en el servicio y en la “*Salle de Garde*”. Crecerá así en la brillante tradición clínica de la escuela de Sainte Anne, la más joven de París, la escuela de Magnan contrapuesta en cierta forma a las escuelas de la Salpêtrière, Bicêtre, Charenton y de la Enfermería Especial del Depósito de la Prefectura de Policía de París (en la que entonces era médico jefe Clérambault, el “único maestro” de Lacan, al que elogiará por su preciosismo clínico y cuya teoría explicativa de la génesis de las psicosis, rígidamente organicista, combatiría a lo largo de toda su vida como paradigma del modelo mecanicista).

En 1933 es designado médico jefe del hospital psiquiátrico de Bonneval, a cargo de 380 camas de mujeres, en la hermosa región de los castillos del Loire, a unos 100 km de París, y en él vivirá y trabajará hasta su retiro en 1971. Es en ese histórico hospital –rebautizado ahora *Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) Henri Ey*, instalado en los claustros (reciclados y ampliados) de la venerable abadía benedictina de Saint Florentin, erigida en el siglo IX, en la que fuera cocina de los monjes, transformada en su *bureau légendaire*, a lo largo de esos heroicos y laboriosos 38 años—donde concibe y madura la mayor parte de su monumental obra escrita. Y es asimismo en ese hospi-

tal de Bonneval al que su pasión y su tesón convirtieron en el *haut lieu* de la psiquiatría francesa, lugar de peregrinación científica de los especialistas del mundo entero, donde organizó y dirigió los célebres *Coloquios de Bonneval*. En intensas y apasionadas jornadas de estudio y discusión reunió a lo largo de 25 años a lo más granado de la psiquiatría, el psicoanálisis, la neurología, la filosofía y la sociología de Francia. Testimonio de ello son los temas de los mismos (algunos publicados y convertidos ya en indispensables textos y materiales de trabajo):

- en 1942: *La Historia natural de la locura*.

- en 1943: *Las relaciones de la Neurología y la Psiquiatría* con Aju-riguerra y Hécaen (Publicado por Hermann Edit., 1947).

- en 1946: *El problema de la Psicogénesis de las Psicosis y las Neurosis* con Lacan, Bonnafé, Follin y Rouart (Publicado por Desclée de Brower en 1950).

- en 1950: *La herencia en Psiquiatría*, con Duchêne.

- en 1936: *La Psicopatología y el problema de la voluntad*.

- en 1957: *Las Esquizofrenias* con Follin, Stein Malé, Green, Leclaire, Perrier, Racamier, Lebovici, Diatkine, Danon-Boileau, Rumke, Morselli y Laboucarié, como fundamentales estudios preliminares para el Congreso Mundial de Psiquiatría de Zurich (Publicado en 1958 en la revista *L'Evolution Psychiatrique*)

- en 1960: el más que célebre Coloquio sobre *El inconsciente*, con Blanc, Diatkine, Follin, Green, Lairy, Lacan, Lanteri-Laura, Laplanche, Lebovici, Leclaire, Lefebvre, Perrier, Ricoeur, Stein y de Waelhens entre otros.

Durante los difícilísimos años de la ocupación de Francia por los nazis y sus traidores colaboracionistas del régimen de Vichy con sus leyes de eliminación de judíos y enfermos mentales, militó valientemente por la defensa de sus pacientes y su derecho a la existencia y a la alimentación. En sus informes a las autoridades sanitarias denunciando las condiciones de vida miserable de los enfermos de Bonneval escribía: “se dice de ellos que son escorias sociales, que son incurables, condenados a una muerte que se desea fácilmente...”

es fácil ver hasta donde podría llegar un razonamiento basado sobre un cálculo puramente social (ahora digamos económico), hasta donde podría pretender ir la eutanasia elevada al rango de una institución social... no podríamos olvidar que nuestros enfermos tienen una familia que tiene el derecho de esperar que, confiados a un establecimiento psiquiátrico de asistencia sean tratados como enfermos y no como sacrificados. Ellos no pueden resignarse, al igual que nosotros los alienistas, a considerar al hospital psiquiátrico como una prisión o un cementerio...".

Tan sólo en tres oportunidades abandonó su amado Bonneval: de agosto de 1939 a junio de 1940, para combatir por su patria invadida por los nazis; en 1944 incorporado a la Resistencia; y en 1971, la definitiva, la de su jubilación y su retiro. En 1944 se incorpora a un batallón de las FFI (*Forces Françaises de l'Interieur*) los guerrilleros de la resistencia, los legendarios *maquis* que lucharon heroicamente contra las hordas nazis que habían ocupado su amada Francia. Cumplió con su deber civil de hombre libre de un pueblo libre, ya que demostró con su obra y con su vida que para él la libertad es el bien supremo (su concepción de la libertad era tan consubstancial con su existencia, con su ser-en-el-mundo, como con su pensamiento, porque la psiquiatría tiene "por solo objetivo ayudar al hombre enfermo mental a reencontrar su libertad", porque "la enfermedad mental es la patología de la libertad". Participó entonces en la batalla para reducir el bolsón del Atlántico, mereciendo ser condecorado con la Cruz de Guerra, y, antes de regresar a Bonneval, fue afectado durante un tiempo al servicio de Psiquiatría del *Hospital Militar de Val-de-Grâce en París*.

Después de su retiro, repartió su tiempo entre Banyuls-dels-Aspres, continuando infatigablemente el estudio, los escritos y la docencia, ya en la cálida y magnífica biblioteca y escritorio de su casa natal; ya en la biblioteca de Sainte-Anne; ya en el *Hospital psiquiátrico departamental de Thuir*, el pequeño pueblo cercano a Banyuls-dels-Aspres, donde siguió dando conferencias con presentación de enfermos todos los miér-

coles (como lo había hecho durante tantísimos años en Sainte-Anne) y en el que organizó el memorable seminario sobre *La noción de esquizofrenia* en 1975. En esos seis años que van desde su jubilación hasta su muerte redobló su actividad de escritor, plasmando lo más significativo de su obra, el producto más decantado y maduro de su reflexión y su experiencia, como los dulces vinos de Banyuls que sus padres dejaban madurar amorosamente en el recogimiento de sus cavas.

Pero nada de esto hubiera sido posible sin la presencia constante de esa mujer excepcional, su esposa Renée Ey, el hada buena de la



Casa natal en el Nº 4 de la "Rue du Dr. Ey"
Banyuls-dels-Aspres

psiquiatría francesa, como la consagró Minkowski en una conmovedora ceremonia en Bonneval; la eterna compañera desde los años juveniles de la Salle de Garde de Sainte Anne hasta el latido final de 1977. Esa maravillosa Renée Ey que nos recibió en 1996 en su casa de Banyuls-dels-Aspres a mí y a mi familia, como viejos amigos, con una calidez y una generosidad de tiempo que nos tocó el corazón, que nos llevó por todas las habitaciones y el jardín de ese hogar, nos permitió curiosear los amados libros de su hermosa biblioteca, y al fin, nos dio una simple maceta con flores para que la lleváramos hasta el sencillo y pequeño panteón del pequeño cementerio del pequeño pueblo de Banyuls-dels-Aspres donde lo protege eternamente el Canigou nevado a la distancia. Esa

maravillosa Renée Ey que presidirá el *Coloquio Internacional de Perpignan* en octubre de 1997.

La obra de Henri Ey es de una magnitud y una importancia excepcionales: sus escritos, su docencia oral, su labor hospitalaria, su lucha constante por mejorar radicalmente las condiciones de asistencia del enfermo mental, su fervor y entusiasmo organizativo de congresos, coloquios, seminarios, publicaciones periódicas, revistas y sociedades científicas, su actividad militante al frente del Sindicato de Médicos de Hospitales Psiquiátricos, lo consagran como el más brillante psiquiatra francés de este siglo y uno de los maestros clásicos y definitivos de toda la medicina. Su producción escrita es inmensa, una de las más extensas, profundas y fecundas; es la historia de la medicina. Más de 300 artículos científicos publicados a lo largo de 50 años, desde 1926 hasta 1977, en casi todas las revistas médicas de importancia del mundo entero —el primero de ellos sobre *La Esquizofrenia de Bleuler* con Paul Guiraud en 1926, el último sobre *La Psiquiatría y la privación de la libertad* en 1977, en el *Bulletin du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux*— como símbolos de sus intereses fundamentales, como el alfa y omega de la trayectoria de su pensamiento: de la ciencia a la historia y de la filosofía a la ética. La mayor parte de esos artículos aparecieron en "su" revista, *L'Evolution Psychiatrique*, órgano de la sociedad del mismo nombre, nacidas ambas para expresar una nueva psiquiatría: la de la integración y colaboración de psiquiatras y psicoanalistas. Fundó, además, otras dos revistas, cuyos nombres nos eximen de extendernos sobre sus múltiples inquietudes y motivaciones: *Entretiens psychiatriques* y el *Bulletin du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux*. Y en este apartado que impropriamente podríamos denominar de escritos menores, nos falta mencionar aún más de 150 trabajos entre prólogos, prefacios, discursos, alocuciones y discusiones en eventos científicos, análisis, reseñas y críticas de libros (algunas de ellas verdaderas monografías como las que dedicó a *El descubrimiento del Inconsciente* de Ellenberger o a *Los trastornos esquizofrénicos* de Manfred Bleuler). Y *last but not the least*:

su traducción y resumen de la obra de Eugen Bleuler *Dementia Praecox o el grupo de las esquizofrenias* realizado en los albores de su carrera (1926) y que representó la única forma en que los psiquiatras franceses pudieron acercarse al pensamiento del insigne maestro zuriqués, durante cerca de 70 años, hasta 1993, en que apareció la traducción integral de Viillard.

Por lo que se refiere a libros, 15 son los que debemos a su pluma (sin contar la publicación de sus ponencias a los *Coloquios de Bonneval* que constituyen de por sí verdaderos libros):

- *Hallucinations et Délires*. Alcan 1934.

- *Essai d'application des principes de Jackson a une conception dynamique de la neuro-psychiatrie*. Con Rouart, Doin 1938.

- *Ensueño y Psicosis* (1948) Editora Médica Peruana, 1948.

- *Estudios sobre los delirios*. Paz Montalvo, Madrid 1950.

- *Etudes Psychiatriques*: en 3 Tomos de cerca de 1600 págs. Edit. Desclée de Brouwer, 1952-1957-1960 en los que analiza exhaustivamente problemas de historia, epistemología, metodología, psicopatología, semiología y clínica de las psicosis agudas y desestructuración de la conciencia.

Estudios en los que la precisión y minuciosidad descriptivas de la clínica francesa se completan con un análisis psicoanalítico, estructural, fenomenológico y existencial de las psicosis endógenas agudas y la epilepsia.

- En 1955 dirige la organización, elaboración y redacción de los 3 monumentales tomos de la sección de Psiquiatría de la *Encyclopedie Médico-Chirurgicale*, encabezando en esta obra colectiva única en su género a decenas de los más brillantes especialistas del mundo entero, y que continúa actualizándose año a año. Asume personalmente la responsabilidad de escribir numerosos capítulos de la misma, de entre los que debemos destacar por su extensión y calidad los dedicados a la historia de la psiquiatría, la antipsiquiatría, la terapéutica psiquiátrica, las *bouffées delirantes* (noción imprecisa de la tradición clínica francesa a la que rescata, define y delimita magistralmente transformándola en una especie mórbida

clave y definitiva de la nosología). Pero hay que mencionar especialmente la excepcional sección dedicada al *Grupo de las psicosis esquizofrénicas y de las psicosis delirantes crónicas*, que representa la aportación máxima de la psiquiatría francesa a la problemática máxima de nuestra especialidad.

- En 1960 aparece la 1ª edición de su *Manual de Psiquiatría*, escrito en colaboración de un psiquiatra clínico (Bernard) y un psicoanalista (Brisset); una prueba más de su condición de auténtico científico, que busca la verdad sin sectarismos ni dogmatismos reduccionistas, como anticipo y herramienta de la psiquiatría del porvenir. Numerosas ediciones y traducciones confirman su éxito, consagrándolo como el texto iniciático de los psiquiatras jóvenes, tanto los franceses como los argentinos, que lo tenemos por el primero y principal.

- En 1963 da a la imprenta *La Conscience*, editado por Desclée de Brouwer, con más de 400 páginas, texto histórico, epistemológico, metafísico, psicopatológico y neurofisiológico de gran profundidad que exige lectura y relectura, reflexión y meditación, de estudio inexcusable.

- En 1964 aparece *La psychiatrie animale* con Brion y colaboradores (Desclée de Brouwer, 605 págs.), obra colectiva bajo su dirección, como anticipo del interés que despierta la joven ciencia de la etología, que tanta importancia tiene para el esclarecimiento de la conducta humana normal y patológica a través de la investigación de los comportamientos animales, nuestros ancestros zoológicos.

- El *Traité des Hallucinations* en 2 Tomos de más de 1500 págs. (Masson 1973) constituye su obra maestra en el campo de la clínica, la psicopatología y los fundamentos teóricos y modelos explicativos de la enfermedad mental. De lectura absolutamente indispensable. Ningún psiquiatra que pretenda asentar sobre bases rigurosamente científicas su saber y su hacer, podrá dejar de estudiarlo permanentemente, dejándose cautivar por la belleza de su estilo, que alcanza muchas veces un alto vuelo poético, al servicio de una erudición y una exhaustiva indagación de la problemática de la alucinación y

el delirio nunca antes alcanzada.

- En 1975 dirige la obra colectiva *Psicofisiología del sueño y Psiquiatría* (Masson, 315 págs) en la línea de una de sus postulaciones fundamentales: la de una analogía profunda entre sueño y locura, entre ensueño y psicosis, entre actividad onírica y delirio, que la psiquiatría francesa plantea ya desde 1845 con la obra de Moreau de Tours.

- También en 1975 publica *Des idées de Jackson a un modèle organo-dynamique en psychiatrie* (Privat-Toulouse) que incluye su monografía de 1938, como culminación de sus casi 40 años de reflexión teórica.

- En diciembre de 1977, pocos días después de su muerte aparece *La notion de Schizophrenie* Desclée de Brouwer, *comptes rendus* del Seminario de Thuir, en el que, como en un diálogo platónico de un Sócrates moderno rodeado de sus jóvenes discípulos se elabora la definición final de lo que fuera para Ey *il lungo studio e il grande amore* como quería el Dante.

- En 1978, aparece *Défense et illustration de la psychiatrie* (Masson 1978, traducción argentina de Editorial Huemul, 1979). Terminado cuatro meses antes de su muerte, de unas ochenta maravillosas páginas, constituye el lúcido y sereno manifiesto de la psiquiatría, de la única que puede existir, de la psiquiatría ciencia médica.

- Por último, en 1981, aparecerá su tercera obra póstuma *Naissance de la Médecine* (Masson), primer tomo de una vasta obra inconclusa de 4 tomos, dedicada a la Historia de la Psiquiatría en la Historia de la Medicina y en la que trabajó hasta el día de su muerte (arrebatao por su tercer infarto de miocardio). Debemos al devoto trabajo de Henri Maurel, el que los manuscritos de ese primer tomo llegaran a la imprenta, 4 años después de la muerte del maestro. Deseamos fervorosamente que los papeles inéditos del resto de su obra vean la luz algún día. Los verdaderos grandes médicos, esos médicos filósofos que son semejantes a los dioses como dice Hipócrates en su *Tratado Sobre el Decoro*, cumplen una trayectoria intelectual que los lleva desde la ciencia a la filosofía y a la historia (así también Karl Jaspers desde la *Psicopatología General*, pa-

sando por su filosofía llega hasta el *Origen y meta de la Historia*. También así Henri Ey, realizando su existencia, su misión y su sentido, culmina en este bellissimo libro toda su meditación filosófica, ética e histórica.

Debido a las características propias del sistema universitario francés Henri Ey no accedió nunca a la cátedra oficial, pero su actividad docente se nutrió permanentemente de la praxis clínica y la reflexión teórica sobre la misma "pues sólo de la praxis puede nacer el conocimiento verdadero, la ciencia, la *episteme*"... "actúa como médico, prestando atención, no a una teoría persuasiva, sino a la práctica acompañada por la razón", Hipócrates, *Preceptos*). Esa actividad docente fue tan intensa y de tal calidad que lo consagró como el maestro por antonomasia. Se dedicó fundamentalmente a la enseñanza y formación de postgrado, batallando incansablemente por la institucionalización de la especialidad como tal, por la especificidad de la psiquiatría, separándola y diferenciándola de la neurología, con la que estaba unida en los planes oficiales de la época, pero enfatizando la imprescindibilidad de su formación complementaria y paralela.

Con emoción recuerdan los que fueron sus discípulos y colaboradores las memorables sesiones que todos los miércoles animaba en el anfiteatro Magnan de Sainte-Anne, sesiones de intensa actividad que duraban toda la tarde, con presentación de enfermos (uno de ellos siempre médico-legal) entrevistados públicamente por el maestro y los discípulos, con discusión del caso y una prolongada clase teórica a cargo de Ey, y conferencias por parte de invitados especiales y lecturas en la biblioteca. Ya retirado, continuó dirigiendo en el hospital de Thuir una actividad similar.

Recuerda Follin, en la emotiva introducción a su espléndido libro *Vivre en délirant (Les empêchés de penser en rond)*, edit. Synthélabo 1992): "En ese tiempo (Henri Ey) se impone como el maestro de la joven psiquiatría francesa. Su seminario proseguido durante más de 30 años quedará como el principal centro de formación de los psiquiatras france-

ses. Fundándose sobre el rigor de las ciencias clínicas nos hizo reflexionar a todos, entrenado en un trabajo de crítica y a menudo de autocritica; le guardo por ello un profundo reconocimiento".

Participó protagónicamente en innumerables congresos en todo el mundo. Organizó el *Primer Congreso mundial de Psiquiatría* en París en 1950 y fue su Secretario General. En 1951 organizó también en París la *Primera Exposición Mundial de Arte Psicopatológico*.

Es de recordar su paso por Argentina en 1956 para asistir a varias conferencias a las que asistieron los principales psiquiatras y psicoanalistas del momento.

No fue Henri Ey un intelectual solitario, monástico y conventual, aislado en su torre de marfil, ni tampoco un ratón de biblioteca (aunque así se autodenominaba con la modestia y humildad de los verdaderos sabios) sino, como ya hemos dicho, un hombre de su tierra y de su tiempo, comprometido con todos los problemas y las luchas por la dignidad y la libertad humanas y de un fervor inextinguible por las causas que había abrazado. Su profunda preocupación por preservar la pureza ética y las prácticas psiquiátricas y por evitar o impedir que se usara y se abusara de la psiquiatría para violar la libertad, en esos (y estos) tiempos del desprecio; la tortura, el universo concentracionario y el *gulag* stalinista, motivaron su valiente e insobornable intervención para una declaración condenatoria en el *Congreso Mundial de Psiquiatría* de México, que debe considerarse como la directa inspiradora de la *Declaración de Hawai* (revisada en Viena) verdadero juramento hipocrático de los psiquiatras.

Todos los movimientos de reforma, mejoramiento y humanización de las instituciones de asistencia psiquiátrica contaron con su adhesión entusiasta y su participación activa, desde la integración del llamado "grupo de 1945", que después de terminada la guerra promovió la transformación radical del sistema asilar psiquiátrico, hasta la edición del *Libro Blanco de la Psiquiatría francesa* que condujo a la psiquiatría de sector. Nuevamente Follin en la introducción a *Vivre en délirant* nos brinda esta vibrante página de historia: "En se-

tiembre de 1944, al día siguiente de la liberación, se reunía en mi casa (avenida Carnot en París) un grupo de amigos entre los que se contaban L. Bonnafé, G. Daumezón, J. de Ajuriaguerra y L. Le Guillant... es en el curso de esta discusión que se esbozó el proyecto de las *Jornadas de la Psiquiatría Francesa* preparado poco después en una reunión que tuvo lugar en la Facultad de Medicina bajo la presidencia de P. Valéry. Fue en esta reunión que Henri Ey se manifestó como el jefe de fila del humanismo, en ese estadio casi revolucionario de lo que será la reforma del estatuto de la asistencia de los enfermos mentales, y al mismo tiempo del personal de cuidados, médicos y enfermeros".

Porque las luchas gremiales por la dignificación y la jerarquización de los médicos psiquiatras de la psiquiatría pública -del estatuto del *personnel de soins*, de los trabajadores de la salud mental- eran absolutamente inseparables de la lucha por el mejoramiento y humanización de los tratamientos y condiciones de vida de los enfermos mentales en las instituciones asistenciales del Estado. Durante largos años fue el Presidente del Sindicato de los Médicos de los Hospitales Psiquiátricos y fundador y director de su órgano de expresión el *Bulletin du Syndicat*. Y su espíritu sigue vivo en la *Association Nationale des Présidents et Vice-Présidents des Commissions Médicales d'Etablissement des Centres Hospitaliers de Psychiatrie*, ya que "no es quizás simple azar que la presidencia (de la misma) ha sido y sigue siendo ocupada por un 'ancien' de Bonneval, mientras que la Vicepresidencia es confiada a otro de sus alumnos que tuvo el privilegio de aprovechar su enseñanza más tarde en el cuadro del seminario de Thuir". Esta Asociación acaba de publicar el *Libro verde De la Psychiatrie...* como continuación del *Libro Blanco* de 1966 y trata problemas fundamentales sobre la organización del campo de la psiquiatría y su especificidad y las propuestas organizacionales del dispositivo de atención y su mejoramiento través de la formación y la investigación.

No queremos terminar estas líneas sin destacar muy brevemente (ya que nos ocupamos de ello en

el trabajo que presentaremos en el Coloquio Internacional sobre la actualidad de la obra psiquiátrica y filosófica de Henri Ey, en octubre de este año en Perpignan, Francia) lo que seguramente consideró como la quintaesencia de su pensamiento y su creación más original y valiosa: el modelo órgano-dinámico de la psiquiatría. Si, como nos dice la 3ª ley de la dialéctica, el progreso de la historia y de la ciencia, obedece a la oposición, lucha-unidad y coexistencia de los contrarios y consideramos a la psiquiatría organicista y mecanicista cuyo paradigma es Clérambault como la tesis, y a la psiquiatría

dinámica psicoanalítica cuyo genio es Freud, como la antítesis; la síntesis superadora de ese *processus* dialéctico, como nos enseñó Hegel, (tesis-antítesis-síntesis) es necesariamente el modelo órgano-dinámico de Henri Ey. Y en esa también dialéctica del *Explicar* y el *Comprender*, el fenómeno de la naturaleza de la enfermedad mental, la forma de la enfermedad mental, sólo se puede *Explicar* por la desorganización del sustrato material de la actividad mental, del órgano de la vida psíquica, como repetía Freud, del cerebro; pero el contenido de la enfermedad mental, la semántica, el sentido, y la significación de la enfermedad mental, sólo se puede *Comprender* por la li-

beración de los fantasmas del inconsciente, como lo demostró definitivamente el psicoanálisis. El modelo órgano-dinámico de Henri Ey, esclarecedor de todas las problemáticas de la enfermedad mental, a través de la praxis, la in-



Los Dres. Mahieu en la entrada del Hospital de Bonneval

vestigación y el estudio y la reflexión permanentes, nos llevará de verdad en verdad, a la verdad.

Henri Ey trabajó su concepción jacksoniana, neojacksoniana, metajacksoniana y órgano-dinámica a lo largo de casi 40 años.

El fruto final de ese esfuerzo cíclopeo es su libro de 1973 (editado en 1975) *Des idées de Jackson a un modèle organo-dynamique en Psychiatrie* (que incluye la histórica monografía de 1938, como testimonio de la continuidad esencial del hilo conductor de su reflexión teórica, en un ejemplo de la "fidelidad creadora" de Gabriel Marcel [Jacquelin] que es la que también debe inspirarnos y guiarnos en la continuación de su obra).

En el capítulo V del mismo propone una revisión de los conceptos fundamentales de la psiquiatría, que nos sentimos obligados a transcribir textualmente porque, creemos, no han tenido en el ámbito psiquiátrico argentino la difusión necesaria para la comprensión integral del pensamiento esencial y más auténtico de Ey:

"Es necesario que una revisión sería de los conceptos fundamentales de la psiquiatría la comprometa resueltamente:

1° En un análisis existencial que trate de alcanzar el sentido y la esencia de la Neurosis y la Psicosis.

2° En una interpretación constante de la actividad simbólica que representa esta forma patológica de la existencia...

Ninguna psiquiatría es posible si no integra el psicoanálisis.

3° En una búsqueda multidimensional de los factores patogénicos.

4° En el establecimiento de una nosografía de los niveles de desestructuración del campo de la conciencia y de la desorganización de la personalidad que recuse a la vez las "entidades" de tipo kraepeliniano y el antinosografismo excesivo de algunos clínicos.

5° En una perspectiva terapéutica que excluya toda elección o rechazo sistemático de un método exclusivamente psicológico o físico" ■

Bibliografía

- Alezrah, Ch., Henri Ey: Un psychiatre moderne à Thuir, *Revue Pratique de Psy.* 1996, N° 2, 45.
 Association Nationale des Présidents et Vice-Présidents de CME de CHS. en *De la Psychiatrie.*, Ed. Les Bulletins d'Information Spécialisée, Nantes, 1994.
 Bermann G., Henry Ey en Buenos Aires en *Nuestra Psiquiatría*. Paidós, Buenos Aires, 1960.
 Charlin, A., Allocution Nécrologique a

la memoire de Henri Ey, *Ann. Med. Psychol.* 1978, N° 1, 121.

Cohen, J. R., Alezrah, Ch., Barthelémy, C., Henri Ey: psychiatre engagé. *Communication au Colloque de Banyuls-dels-Aspres*, 1995.

Ey, H., *Défense et illustration de la Psychiatrie*. Masson, París, 1978.

Ey, H., *Des Idées de Jackson à un modèle organo-dynamique de la Psychiatrie*. Privat, Toulouse, 1975.

Ey, H., "La notion de Schizophrenie" -

Séminaire de Thuir. Desclée de Brouwer, París, 1977.

Follin, S., *Vivre en délirant*, Synthélabo, París, 1992.

Garrabé, J., *Introduction a Henri Ey: Schizophrenie, études cliniques et psychopathologiques*, Synthélabo, París 1996.

Jacquelin, C., en *L'évolution Psychiatrique*, *Journées de Banyuls-dels-Aspres*. 1988, Fasc. 3.

L'Evolution Psychiatrique, N° spécial: *Hommage a Henri Ey*. 1977.